



RILASCIO PARERE AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO

Rispetto alla richiesta della U.O. BLOCCO OPERATORIO, relativa all'acquisizione dell'apparecchiatura elettromedicale, in allegato, si esprime parere:

- FAVOREVOLE
- NON FAVOREVOLE

INDICANDO IL SEGUENTE GRADO DI PRIORITA'


- URGENTE
- PROGRAMMABILE
- DIFFERIBILE

Data 18/11/2010

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/D.M.O.: DIPARTIMENTO CHIRURGICO

Nome e cognome
(in stampatello)

Firma del Direttore del Dipartimento/Distretto/D.M.O.
(leggibile con timbro)


A.S.L. Rieti
 Dipartimento di Chirurgia
 DIRETTORE dott. Fabio FIORMONTE

N.B.: Il presente modulo va compilato dal Direttore del Dipartimento/D.M.O. Distretto e trasmesso alla U.O.S.D. Ingegneria Biomedica Clinica HTA, allegando la richiesta del Direttore/Dirigente/Responsabile U.O.

U.O.S.D. Ingegneria Biomedica Clinica e HTA

Ing. ERMINIO PACE

VALUTAZIONE CLINICO-SCIENTIFICA DELLA RICHIESTA DI ACQUISTO

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/D.M.O.: DIPARTIMENTO CHIRURGICO

U.O. RICHIEDENTE: BLOCCO OPERATORIO

PIANIFICAZIONE TRIENNALE

POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

SEDE DI ASSEGNAZIONE: SALE OPERATORIE P.O. RIETI

1- RELAZIONE SANITARIA PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2- RISULTATI DELLA RICERCA BIGLIOGRAFICA:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....