

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/D.M.O.

DI STRETTO A

Dott/Dott.ssa ANTONIO BONCOMPAGNI

**RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE**

U.O.: ASSIST. DONC. ATMANU

SEDE: RUT (RANNA)

- PIANIFICAZIONE TRIENNALE
- POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

**1- DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELLA TECNOLOGIA ELETTROMEDICALE RICHIESTA**

N. 10 - DEFIBRILLATORE PORTATILE  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**N.B.:** nel caso di bene "esclusivo", ovvero il «prodotto o la tecnica è coperto da brevetto e/o privativa industriale» (Anac - Linee Guida Procedure negoziali n. 10.2015) o di bene "infungibile", ovvero «mancanza di una alternativa diagnostica e/o terapeutica» (Anac Linee Guida Servizi e forniture infungibili n. 8.2018) si chiede di predisporre la documentazione attestante la casistica e la denominazione del Fornitore.

2- INDICARE IL COSTO PRESUNTO: ..... 9

3- SPECIFICARE SE NECESSITA DI MATERIALE DI CONSUMO  SI  NO

4- IN CASO AFFERMATIVO, ELENCARE LA TIPOLOGIA E I QUANTITATIVI ANNUI DEL MATERIALE DI CONSUMO

PASTA ABRASIVA 100/ANNO  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....





Motivazione della sostituzione:

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

8- SPECIFICARE LE CARATTERISTICHE TECNICHE MINIME DELL'APPARECCHIATURA:

.....  
..... PORTABILE A BATTERIA (AUTONOMO) DI ALTA  
..... SENSIBILITÀ  
.....  
.....

9- INDICARE IL LUOGO DI UTILIZZO, NONCHE' IL NUMERO ORIENTATIVO DI PRESTAZIONI PREVISTE ANNUE A PARITA' DI DOTAZIONE ORGANICA:

.....  
..... AUTO IN FARMACIA  
.....  
.....

10-L'APPARECCHIATURA RICHIESTA RICHIEDE / NON RICHIEDE UN INCREMENTO DELLE RISORSE IN TERMINI DI PERSONALE SANITARIO, DELLA SEGUENTE TIPOLOGIA:

.....  
.....

Data 13/08/21

U.O.: ADA

Nome e cognome del Dirigente/Responsabile della U.O.  
(in stampatello)

Firma del Dirigente/Responsabile della U.O.  
(leggibile con timbro)

A.U.S.L. RIETI  
Dott. Michele Ciro Totaro  
1101019019900788

N.B.: Il presente modulo va compilato dal Direttore/Dirigente della U.O. richiedente e trasmesso al Direttore del Dipartimento/D.M.O./Distretto di afferenza.





## RILASCIO PARERE AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO

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

FAVOREVOLE

NON FAVOREVOLE

INDICANDO IL SEGUENTE GRADO DI PRIORITA'

URGENTE

PROGRAMMABILE

DIFFERIBILE

Data 16/02/2022

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/D.M.O.: DISTRETTO 1

Nome e cognome  
(in stampatello)

A.S.L. Rieti  
DISTRETTO 1  
Rieti Amrodo S. Elpidio  
Il Direttore  
Dr. Antonio Bonsompagni

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

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.