



SISTEMA SANITARIO REGIONALE



AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 - 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 - PEC: asl.rieti@pec.it
www.asl.rieti.it C.F. e P.I. 00821180577

RICHIESTA ACQUISTO

U.O.: CARDIOLOGIA
SEDE:

Richiamato l'atto deliberativo n. /DG del di cui si dichiara di aver preso visione e di avere piena conoscenza

1) CATEGORIA DI APPARTENENZA DEL BENE RICHIESTO

- farmaci
reagenti
dispositivi medici
altro materiale sanitario
materiali di consumo
beni durevoli
manutenzione

URGENTISSIMO

2) BREVE DESCRIZIONE DEL BENE RICHIESTO

KIT PER PERICARDIOPCENTESI
FABBISOGNO STIMATO N. 30 UNITA' PER ANNO

[N.B. se trattasi di materiale di consumo, è necessario indicare l'apparecchiatura associata, il titolo in forza del quale quest'ultima abbia fatto ingresso in Azienda (acquisto, comodato d'uso, donazione ecc.) nonché il relativo atto aziendale di riferimento]

3) L'ACQUISTO RIENTRA NELLA PIANIFICAZIONE BIENNALE SI NO
-SE NO, MOTIVARE LA RICHIESTA DI ACQUISTO (*)

GARA ECONOMICA AVANZATA E STRUTTURALE
IN ATTESA DI AUTORIZZAZIONE REGIONALE

4) L'ACQUISTO E' STATO AUTORIZZATO* DALLA COMMISSIONE HTA SI NO
*(ove necessario)

5) SPECIFICARE SE TRATTASI DI BENE C.D. INFUNGIBILE AI SENSI DELLE LINEE GUIDA ANAC N. 8

(N.B. in caso affermativo è necessario compilare e presentare unitamente al presente modulo l'allegato n. a)

[Dotted lines for specification]

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

6) SPECIFICARE SE IL BENE NECESSITA DI MATERIALE DI CONSUMO E/O COMPONENTI AGGIUNTIVE (p.e. software ecc) PER IL FUNZIONAMENTO SI NO (N.B. in caso affermativo, è necessario individuare la tipologia e i quantitativi del materiale di consumo, stimati per l'intera durata del noleggio o, se trattasi di acquisto, almeno per un triennio)

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

7) INDICARE IL VALORE PRESUNTO DEL BENE (N.B. sia unitario che complessivo. Il valore complessivo deve essere comprensivo del costo degli eventuali consumabili e/o componenti aggiuntive necessari, stimati per l'intera durata del noleggio o, se trattasi di acquisto, almeno per un triennio)

VALORE UNITARIO: EURO 300
.....
VALORE COMPLESSIVO: EURO 9000
.....

8) MODALITÀ PROPOSTA PER L' ACQUISIZIONE

- Acquisto
- Service
- Comodato
- Noleggio
- Locazione
- Leasing

9) ULTERIORI INFORMAZIONI

(indicazioni sulla manutenzione ordinaria e straordinaria da richiedere, disponibilità mezzi di ricambio, esigenze di addestramento del personale, ecc):

.....
... CARATTERISTICHE TECNICHE INVIALE NELLA MAIL
.....
.....
.....

Data 05/12/21

U.O.: CARDIOLOGIA

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

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

Azienda Sanitaria Locale Rieti
U.O.C. Cardiologia
Direttore Dr. Col Amir

N.O. Direttore Sanitario ove previsto (*): data _____

Timbro e firma _____

N.B.:

-il presente modulo deve essere presentato esclusivamente a firma del Direttore/Dirigente della U.O. richiedente

-il presente modulo deve essere inviato esclusivamente alla casella di posta abs@asl.rieti.it

-le richieste pervenute con modalità diverse da quelle sopra descritte non saranno prese in considerazione

(*) gli acquisti non previsti nella pianificazione biennale necessitano del n.o. del Direttore Sanitario

Spazio ad uso della UOC ALBS

Non si autorizza

Motivazione della mancata autorizzazione:

Data _____

Firma del Direttore/Responsabile _____

