

AZIENDASANTARIALOCALERIETI

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.C./U.O.S.: _____

Direttore _____

SEDE: _____

Richiamata la determina n. ____ 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

2) PUNTUALE DESCRIZIONE DEL BENE RICHIESTO

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

[- 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;
- la descrizione del bene verrà riportata negli atti di gara e costituirà la base tecnica della procedura di scelta del contraente, la valutazione delle offerte avverrà sulla base delle caratteristiche indicate]

3) L'ACQUISTO RIENTRA NELLA PIANIFICAZIONE BIENNALE SI NO

-SE NO, MOTIVARE LA RICHIESTA DI ACQUISTO

(compilare solo per le richieste di acquisto di importo pari o superiore a € 40.000,00)

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

[nel caso di esigenza sopraggiunta, di richiesta di acquisto di importo pari o superiore a € 40.000,00, non inserita in pianificazione e non motivata *]

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

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)

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

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, al meno 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, al meno per un triennio)

VALORE UNITARIO:

.....

VALORE COMPLESSIVO:

.....

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):

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

Data...../...../.....

U.O. C./ U.O.S. _____

Direttore della U.O.C./U.O.S.: _____

Firma del Dirigente/Responsabile della U.O.

(leggibile con timbro)

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.

Spazio ad uso della UOC ALBS

Non si autorizza

Motivazione della mancata autorizzazione:

Data

Firma del Direttore/Responsabile

AZIENDA SANITARIA LOCALI 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 BENE INFUNGIBILE (ALL.A)

U.O.C./U.O.S.: _____

Direttore _____

SEDE: _____

Nel rispetto di quanto previsto dalle linee guida ANAC n.8 che si dichiara di aver letto e di cui si dichiara di avere piena conoscenza

CATEGORIA DI APPARTENENZA DEL BENE RICHIESTO

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

DESCRIZIONE DETTAGLIATA DEL BENE RICHIESTO

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

BREVE MOTIVAZIONE DELL'INFUNGIBILITA'

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

Si allega alla presente richiesta una relazione in merito alle ragioni di natura tecnica, correlate ad indicazioni di natura diagnostico e terapeutica e di risultato, che giustificano la dichiarazione di infungibilità.

Si allega alla presente richiesta una relazione in merito alle ragioni di rinnovo parziale o ampliamento di forniture esistenti nel caso in cui l'impiego di altre apparecchiature simili comporti incompatibilità o difficoltà/rischi tecnici sproporzionati che giustificano la dichiarazione di infungibilità.

I sottoscritti dichiarano:

-che per le indicazioni tecniche, diagnostiche e terapeutiche sopra specificate non sono disponibili alternative con altre apparecchiature o materiali di consumo correlati, che garantiscano soluzioni equivalenti;

- di essere a conoscenza delle possibili responsabilità di natura civile, penale, disciplinare ed amministrativo contabile, in merito all'attestazione di informazioni false, inesatte od erronee;
- di essere informati che, ai sensi dell'art.76DPR28/12/2000, n.445 "Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso".
- Di "essere a conoscenza delle possibili responsabilità contabili per danno erariale" causate dall'acquisto di quanto richiesto, qualora detti prodotti non abbiano il carattere tipico di infungibilità e pertanto sostituibili con altri presenti sul mercato ed acquistabili attraverso procedura aperta/negoziata/MercatoElettronico/Consip.

Data_____

U.O.:_____

Nome e cognome del Clinico Utilizzatore della U.O.

(in stampatello)

Firma del Clinico Utilizzatore U.O.

(leggibile con timbro)

U.O.:_____

Nome e cognome del Dirigente/Responsabile della U.O.

(in stampatello)

Firma del Dirigente/Responsabile della U.O.

(leggibile con timbro)