



Allegato "C"

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

**Al Direttore della UOSD
Ingegneria Biomedica Clinica
e HTA**

RICHIESTA ACQUISTO
U.O.C./U.O.S.: _____
Direttore _____
SEDE: _____

RICHIESTA ACQUISTO APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI

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

N. 2 **ELETTROBISTURI TECNOLOGIA MONOPOLARE E
BIPOLARE COMPATIBILI CON CAVI MONOPOLARE e BIPOLAR
MARTIN (ENTRATA A 3 e ENTRATA SINGOLA) CAVO PIASTRA
MARTIN (PIASTRA CONCA) E DOTATO DI PEDALI MONO e BIPOLARI**

**2. 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, vanno specificate le ragioni del mancato inserimento*]

**3. 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 C1)

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

4. 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)

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

5. NECESSITA' DI LAVORI EDIL/IMPIANTISTICI O INFORMATICI parere di massima

SI NO

6. LA TECNOLOGIA RICHIESTA RIENTRA NELLA SEGUENTE FATTISPECIE:

INNOVAZIONE (trattasi di una apparecchiatura non presente nella mia Unità Operativa) in tal caso esplicitare con una relazione descrittiva l'efficacia clinica, l'appropriatezza della metodica, gli impatti sugli esiti e sui volumi tenuto conto dell'attuale disponibilità di personale, nonché l'eventuale esigenza di formazione

POTENZIAMENTO (trattasi di una apparecchiatura che consente un incremento di attività e/o un miglioramento della qualità) in tal specificare l'ambito:

INTEGRAZIONE TECNOLOGICA (apparecchiatura/tecnologia già presente in azienda, ma in numero considerato non congruo rispetto alla domanda) in tal caso indicare il numero delle apparecchiature presenti, la loro collocazione, il numero di esami diagnostici effettuati nell'ultimo triennio:

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

AGGIORNAMENTO DELLA TECNOLOGIA IN USO (up-grade);

ADEGUAMENTO A NUOVE NORMATIVE (in questo caso indicare i riferimenti normativi):

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

SOSTITUZIONE (trattasi di una apparecchiatura da sostituire) specificare

Descrizione: _____ N° Inventario –
ASL: _____ Produttore: _____
Fornitore: _____ Modello: _____
Collocazione: c/o _____

Motivazione della sostituzione:

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

7. SPECIFICARE LE CARATTERISTICHE TECNICHE MINIME DELL'APPARECCHIATURA:

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

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

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

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

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

10. 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:

.....

11. MODALITÀ PROPOSTA PER L'ACQUISIZIONE

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

12. ULTERIORI INFORMAZIONI

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

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

Data 8/8/23

U.O.C./ U.O.S.D./U.O.S. Bo

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

Nome e cognome: ALESSANDRA FERRETTI (in stampatello)

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

**AZIENDA USL RIETI
PRESIDIO OSPEDALIERO DI RIETI
BLOCCO OPERATORIO**

N.O. DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO/DISTRETTO/D.M.O. : ALESSANDRA FERRETTI
Nome e cognome [firma] (in stampatello)

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

**AZIENDA USL RIETI
PRESIDIO OSPEDALIERO DI RIETI
BLOCCO OPERATORIO**

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 a mezzo protocollo informatico.

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