

Allegato D

RICHIESTA D'ACQUISTO DI BENI DUREVOLI INFUNGIBILI E/O ESCLUSIVI DA UN PRODUTTORE/FORNITORE PREDETERMINATO (APPARECCHIATURE SANITARIE, STRUMENTAZIONI ECC.)

Dipartimento/Unità operativa richiedente _____

Apparecchiatura e accessori _____

Presupposti che ricorrono per l'acquisto:

1. Ragioni di natura tecnica correlate a specifiche indicazioni di natura diagnostico-terapeutica e di risultato (*relazionare in maniera dettagliata, puntuale ed approfondita – si precisa che istanze genericamente motivate o non corredate da idonea documentazione giustificativa non saranno evase*):

2. Rinnovo parziale o ampliamento di forniture esistenti nel caso altre apparecchiature simili comportino incompatibilità o difficoltà tecniche sproporzionate per l'impiego di apparecchiature differenti (*relazionare in maniera dettagliata, puntuale ed approfondita sulle incompatibilità o difficoltà tecniche sproporzionate che verrebbero a determinarsi in caso di impiego di apparecchiature differenti - si precisa che istanze genericamente motivate o non corredate da idonea documentazione giustificativa non saranno evase*):

Produttore: _____

Prezzo preventivato per l'acquisto: _____

Prodotti di consumo dedicati (*barrare la casella di interesse*): si no

Se si, specificare quali e fabbisogno presunto _____

Esigenze di addestramento del personale e/o di incremento della dotazione organica: _____

Stima delle prestazioni eseguibili in un anno: _____

Costo pieno stimato per singola prestazione _____

Tariffazione a carico SSN (*barrare la casella di interesse*): si no

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ

I sottoscritti, a norma di quanto prescritto dal Regolamento aziendale per l'acquisto di farmaci, dispositivi medici, altro materiale sanitario di consumo corrente e di beni durevoli dichiarati infungibili e/o esclusivi, consapevoli delle conseguenti responsabilità disciplinari, per danno erariale e penale, dichiarano che per le indicazioni sopra specificate non sono disponibili alternative tecniche con altre apparecchiature o strumentazioni equivalenti.


Data _____

IL DIRETTORE DELL'UNITÀ OPERATIVA RICHIEDENTE

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI INGEGNERIA CLINICA

IL DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO - parere favorevole -

 7