

DATI GENERALI

Prot. n° _____ Data _____ Struttura _____ U.O. _____

Direttore U.O. _____ Recapito tel. _____ e-mail _____

Centro di costo _____ Storico Richiesta: Prima Richiesta Richiesta già effettuata in data ____/____/____

Denominazione dispositivo e classificazione CND (se disponibile) _____

Tipo di richiesta: Nuova Apparecchiatura Variazione dell'esistente (aggiornamento tecnologico/completamento)*

* indicare il dispositivo di cui si richiede la variazione (codice manutentivo, tipologia, modello, marca) _____

Urgente: SI NO

Motivo Urgenza: _____

Descrizione del prodotto e suo utilizzo clinico

SEZIONE TECNICA / ECONOMICA

Caratteristiche tecniche Apparecchiatura

Costo d'acquisto stimato Apparecchiatura (oltre IVA) € _____ Fonte _____

Specifiche Tecniche di Accessori o Attrezzature a supporto se presenti (Tipologia, costo unitario)

Descrizione dei materiali di consumo, dedicati e non, eventualmente necessari (Tipologia, Numero/Anno necessario, costo unitario)

IMPATTO, COERENZA STRATEGICA

La nuova apparecchiatura andrebbe a

Innovare: non è presente apparecchiatura in grado di effettuare le prestazioni cliniche richieste, pertanto ad oggi tali prestazioni: non sono eseguite sono eseguite come di seguito descritte: _____

MODULO RICHIESTA DI INTRODUZIONE NUOVA APPARECCHIATURA

- Affiancare:** l'apparecchiatura è già esistente ma in quantità insufficiente rispetto alle prestazioni da erogare (indicare numero apparecchiature attualmente presenti (codice manutentivo, tipologia, modello, marca):

- Sostituire:** codice manutentivo, tipologia, modello, marca dell'apparecchiatura da sostituire _____

Motivazione:

DICHIARAZIONE DI ESCLUSIVITA' e/o INFUNGIBILITA'

L'apparecchiatura rappresenta un bene esclusivo? SI NO

(Il bene è coperto da un brevetto, del quale beneficia una sola ditta che è anche l'unica a poterlo fornire o per diritto di esclusività sulla distribuzione in tutto il territorio europeo, o per diritto esclusivo di produzione e distribuzione)

L'apparecchiatura rappresenta un bene infungibile? SI NO

(L'infungibilità attiene alla mancanza di un'alternativa diagnostica, terapeutica o tecnica e, quindi, attiene ad aspetti funzionali o di risultato. Ciò implica la non esistenza di beni equivalenti ad altri, né per utilità, né per valore e, quindi, non intercambiabili con altri.)

L'apparecchiatura rappresenta un componente/accessorio/parte dedicata? SI NO

(Il prodotto è specificatamente dedicato ad un macchinario o ad una strumentazione già in dotazione e di proprietà dell'azienda)

In caso di risposta affermativa di uno dei casi illustrati si chiede di integrare la richiesta con la modulistica di cui alla Delibera D.G. n°2 del 18/01/2019 – "Procedura in tema di acquisti di beni e servizi dichiarati infungibili e/o esclusivi"

Il Direttore U.O. Richiedente

Timbro e Firma

Il Direttore Sanitario di Presidio/D.S.B.

Timbro e Firma

Il Direttore Sanitario Aziendale/Il Direttore Dipartimento (Assistenza Ospedaliera/Assistenza Primaria e Continuità delle Cure)

Timbro e firma
