

Prot.n. _____ del ____ / ____ / ____

☐

Prima richiesta

☐

Richiesta successiva

(data prima richiesta) ____ / ____ / ____

Proponente:

Stab. Ospedaliero _____

Dipartimento _____

U.O. _____

e-mail _____

Tel. _____

Alla

S.C Area Gestione del Patrimonio

Dott. Lorenzo Francesco Russo

[Mail:areapatrimonio.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it](mailto:areapatrimonio.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it)

SEDE

1. DESCRIZIONE DELLA FORNITURA O DEL SERVIZIO RICHIESTO – Indicare caratteristiche tecniche dettagliate (Marca e modello di riferimento se conosciute); requisiti minimi che il dispositivo deve possedere e che, in mancanza, in sede di valutazione del prodotto, saranno motivo di esclusione dalla gara; indicare se il dispositivo debba essere collegato ad apparecchiature già in dotazione.

1.1 TIPOLOGIA FORNITURA – ☐ acquisto; ☐ noleggio; ☐ Altro (specificare

1.2 REQUISITI TECNOLOGICI MINIMI PREVISTI DA REGOLAMENTO REGIONALE

ACCREDITAMENTO : SI ☐ NO ☐

1.3 STRUMENTI ACCESSORI – SUPPORTO TECNICO – FORMAZIONE - Da richiedere in sede di gara; indicare se necessario, per l'utilizzo del dispositivo, il supporto di uno specialista del prodotto o di eventuale formazione del personale sanitario.

2. INFUNGIBILITÀ – Indicare se trattasi di prodotto per il quale non vi siano valide alternative di carattere diagnostico, terapeutico o tecnico (Delib. D.G. n° 1189/2015, art.42 – Regolamento per la disciplina delle procedure di acquisto in economia ai sensi dell'art. 125 D.Lgs n°163/2006 e ss.mm.ii.);

3. MOTIVAZIONE FORNITURA – Impiego previsto; Diagnosi; Terapia; Casi operativi.

4. SOSTITUZIONE PER AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO - Indicare se il dispositivo/apparecchiatura richiesta sostituisca altro dispositivo ritenuto inattuale/obsoleto. In tal caso indicare i riferimenti del dispositivo (marca, modello, misura, codice Areas) da sostituire e l'eventuale materiale di consumo connesso.

4.1 SOSTITUZIONE PER FUORI USO Indicare se il dispositivo/apparecchiatura da sostituire (marca, modello, tipo di utilizzo,) sia stato dichiarato irreparabilmente guasto. In tal caso alla presente richiesta deve essere allegata l'attestazione di intervento tecnico che ne certifichi la dismissione.

4.2 DISPOSITIVO DI NUOVA INTRODUZIONE – In tal caso riportare gli estremi del parere rilasciato dal Medico utilizzatore

5. GRADO DI PRIORITÀ – ☐ Somma urgenza; ☐ Urgenza; ☐ Ordinaria.

In caso di SOMMA URGENZA o URGENZA occorre allegare una RELAZIONE ESPLICATIVA

6. LEA - indicare se trattasi di acquisto funzionale al raggiungimento dei Livelli Essenziali di Assistenza ☐

7. DURATA DELLA FORNITURA – ☐ una tantum; ☐ annuale; ☐ pluriennale:(specificare)

8. FABBISOGNO PRESUNTO – Il fabbisogno deve riguardare anche l'eventuale materiale accessorio e/o di consumo richiesto, come indicato nel punto 1.1;

9. VALORE DI MERCATO – Se conosciuto, dei dispositivi descritti nei punti 1 e 1.1

10. CAMPIONATURA – Da richiedere in sede di gara. Specificare, tra i dispositivi descritti nei punti 1 e 1.1, quale/i richiedere in prova/visione e in che quantità.

Direttore U.O. richiedente
(Timbro e firma)

**Direttore Medico richiedente PP.OO e/o
Distretto / Dipartimento**
(Timbro e firma)

Direttore Sanitario
(Timbro e firma)

Direttore Amministrativo
(Timbro e firma)

Spazio riservato a Ingegneria Clinica

RACCOMANDAZIONI

- La richiesta delle attrezzature dovrà avvenire utilizzando esclusivamente il presente modello RDA, disponibile presso la segreteria dell'Area Gestione del Patrimonio o scaricabile dalla Intranet Aziendale ASLTA al seguente collegamento:

intranet.aslta.l ocal/include/documenti .asp

- La presente richiesta dovrà pervenire esclusivamente per il tramite della Direzione Medica del PP-OO e/o Distretti / Dipartimento.