



SCHEDA PER L'ACQUISIZIONE A TITOLO GRATUITO DI BENI E SERVIZI

Allegato 2

Parte 1a

SERVIZIO - PRESIDIO - UFFICIO IL DIRIGENTE SANITARIO/AMMINISTRATIVO proponente

URBINO

CEDENTE (Indicare dati anagrafici e residenza. Se Ditta o Ente: denominazione; sede, e P.IVA)

Sig./ Ditta /Ente

RCS MEDIAGROUP SPA - DIV. SFERA
VIA RIZZOLI N. 8 MILANO
(A NOME DI LUCA TRAVERSO) CE. N. 12086540155 P.IVA 12086540155

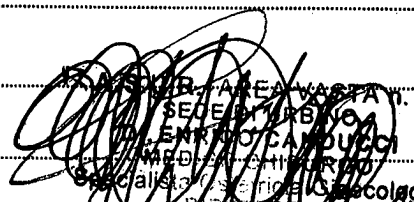
OGGETTO di cessione, descrizione e caratteristiche tecniche:

DONAZIONE DI POLTRONA RELAX POGGIA GAMBE SINCRON
MORSETTO ASTA FLEBO; PORTA ROTOLO PER POLTRONA

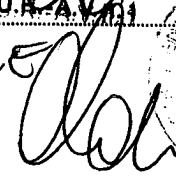
Indicare valore 605,28 €

MOTIVAZIONI E UTILITA'


LA DITTA DICHIARA LA VOLONTA' DI EFFETTUARE UNA
DONAZIONE A FAVORE DELL'ASUR AREA VASTA 1 PER LA
SALA PARTO DI URBINO DA UTILIZZARE PER LE NOSTRE
ESIGENZE FUNZIONALI (CTA)

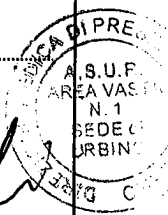
Data 6/12/2016 Il Dirigente U.O. proponente 

Per gli Ospedali, firma del Direttore Medico P.O. Visto: si esprime il seguente parere FAVOREVOLE

Per i Servizi Territoriali, firma del Direttore del Distretto Sanitario Data 6/12/2016 Il Direttore o Coordinatore 

Parere dell'Ingegneria Clinica Area Vasta 1 Visto: si esprime il seguente parere FAVOREVOLE

Data 13/12/2016 Il Referente Ing. Clinica AV1 



parte 2a

APPARECCHIATURE, STRUMENTI MECCANICI ED ELETTRONICI ED IN QUEI CASI IN CUI SIA NECESSARIO, IN CONSEGUENZA DELL'ACQUISIZIONE, UN APPROVVIGIONAMENTO DI FORNITURE E SERVIZI.

1) Costituisce il presupposto di una fornitura di materiale di consumo di produzione esclusiva?

NO

2) Richiede l'acquisto di ulteriori attrezzature per il funzionamento? NO In caso affermativo, specificare quali:

3) Comporta obbligatoriamente l'acquisto in privativa industriale anziché procedura ristretta o aperta di altre apparecchiature con caratteristiche specifiche collegate al tipo e alla marca del bene oggetto della donazione?

NO

4) Rispondenza alle specifiche tecniche più recenti SI

5) Grado di compatibilità con le altre apparecchiature già presenti o di prossima acquisizione

6) Necessità di personale specializzato o in sovrannumero per il suo funzionamento

NO

7) Graverà sui bilanci futuri di questa Zona Territoriale? NO

In caso affermativo indicare: a) i presunti costi d'esercizio o manutenzione

b) se tali costi rientrano nel budget assegnato all'Unità Operativa

In caso di mancata copertura finanziaria, indicare la fonte di finanziamento

8) L'eventuale acquisizione comporterà costi di installazione?

NO

Data Urbino 6/12/2016

Il Dirigente U.O. proponente

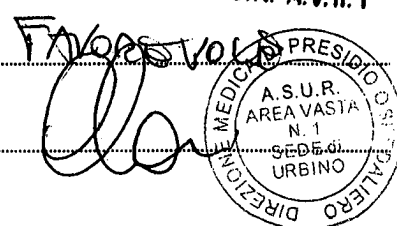
A.S.U.R. - AREA VASTA n.1
SEDE DI URBINO
Dr. ENRICO SANDUCCI
MEDICO CHIRURGO
Specialista Ostetricia Ginecologia
DIRETTORE
Struttura Complessa A.S.U.R. - A.V.n. 1

Per gli Ospedali, firma del Direttore Medico P.O.

Visto: si esprime il seguente parere

Per i Servizi Territoriali, firma del Direttore del Distretto Sanitario

Data 6/12/2016 Il Direttore o ~~Coordinatore~~



Parere dell'Ingegneria Clinica Area Vasta 1

Visto: si esprime il seguente parere

Data 13/12/2016 Il Referente Ing. Clinica AV1

FALOREVILE
abbeles