



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

AU 102
ING. SUTER
ING. CASUOLI

Parte 1a

SERVIZIO - PRESIDIO - UFFICIO

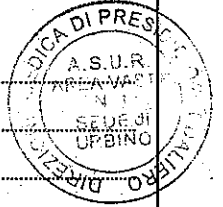
IL DIRIGENTE SANITARIO/AMMINISTRATIVO proponente

U.O. MED. / CPA PERGOLA

Dr. P. LUCCARELLI

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

Sig./ Ditta /Ente



OGGETTO di cessione, descrizione e caratteristiche tecniche:

N° 2 SLEEP and Go pacch completo
N° 1 ELETROCARDIOGRAMMO
N° 1 P.C.

Indicare valore 12.290,00 Euro IVA ESCLUSA

MOTIVAZIONI E UTILITA'

AMBULATORIO DEDICATO "OSAS" SINDROME APNEE OSTRUTTIVE nel sonno, urbano e nell'ambito della I.R.B. di MEDICINA INTERNA che comprende MALATTIE CARDIOVASCOLARI e RESPIRATORIE

REGIONE MARCHE A.S.U.R. AREA VASTA n. 1
Dr. PAOLO LUCCARELLI DIRETTORE
U.O. MEDICINA PERGOLA
C. Fisc. LCC PLA 57H27 G479Z

Data 27.12.2016

Il Dirigente U.O. proponente

Paolo Luccarelli

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

Visto: si esprime il seguente parere

FAVORABILE

Per i Servizi Territoriali, firma del Direttore del Distretto Sanitario

Data

2/1/17

Il Direttore o Coordinatore

A.S.U.R. - AREA VASTA n. 1
DIRETTORE MEDICO
PRESIDIO OSPEDALIERO
Dr. ANDREA CANI

Parere dell'Ingegneria Clinica Area Vasta 1

Visto: si esprime il seguente parere

FAVORABILE

Data

23/01/17

Il Referente Ing. Clinica AV1

Andrea Cani

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

DIFFICOLTÀ FORSE, DI INSERIMENTO DEL PROGRAMMA
NEL P.C. ESISTENTE

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

REGIONE MARCHE A.S.U.R.
AREA VASTA n. 1
Dr. PAOLO LUCCARELLI
DIRETTORE
UCC MEDICINA PERGOLA
C. Fisc. LCC PLA 57H27 G479Z

Data 27.12.2016 Il Dirigente U.O. proponente Paolo Luccarelli

Visto: si esprime il seguente parere FAVOREVOLE

Per gli Ospedali, firma del Direttore Medico P.O.
Per i Servizi Territoriali, firma del Direttore del Distretto Sanitario

Data 2/1/17 Il Direttore o Coordinatore [Signature]

A.S.U.R. - AREA VASTA n. 1
DIRETTORE MEDICO
DIRETTORE OSPEDALIERO
Dr. ANDREA CANI

Visto: si esprime il seguente parere FAVOREVOLE

Parere dell'Ingegneria Clinica Area Vasta 1

Data 23/01/17 Il Referente Ing. Clinica AV1 [Signature]