



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

Albo 2

Parte 1a

SERVIZIO - PRESIDIO - UFFICIO-C. di costo

IL DIRIGENTE SANITARIO/AMMINISTRATIVO proponente

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

Sig./ Ditta /Ente

ASSOCIAZIONE PESARESE PER I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE - Onlus - Via Sabbatini, 8 Pesano - CF 92027120616

OGGETTO di cessione, descrizione e caratteristiche tecniche:

BIOMPERENTIMETRO AKERN 101

Indicare valore VALORE UNITARIO IVA ESCLUSA 4.038,36€, IVA INCLUSA 5.000 €

MOTIVAZIONI E UTILITA'

Valutazione della composizione corporea, di fondamentale importanza nei disturbi del comportamento alimentare

Data 20.11.2017

Il Dirigente U.O. proponente

Alberto Imperiale S.S.D. DCA

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

Il Direttore o Coordinatore

ASSOCIAZIONE MARCHE A.S.U.R. DIRIGENTE AREA VASTA n. 1 S.p.A INGEGNERIA CLINICA q. LETIZIA SILER

A.S.U.R. REGIONE MARCHE Zona Territoriale n. 2 - Urbino Dr. LEONARDO BADIOLI DIRIGENTE MEDICO II° LIVELLO Cod. Fisc. 02175860424 G479G

Segue >>>

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? NON NECESSARIAMENTE

2) Richiede l'acquisto di ulteriori attrezzature per il funzionamento? SUCCESSIVAMENTE In caso affermativo, specificare quali:

Elettrici, quando saranno terminati quelli in dotazione

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 SI

6) Necessità di personale specializzato o in sovrannumero per il suo funzionamento NO La richiesta è

già presente

7) Graverà sui bilanci futuri di questa Zona Territoriale? Non in modo rilevante

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 20.11.2017 Il Dirigente U.O. proponente Alberto Imperiale SS.D. DCA

Per gli Ospedali, firma del Direttore Medico P.O. Per i Servizi Territoriali, firma del Direttore del Distretto Sanitario per attr. Elettromedicali firma Ingegneria Clinica

Visto: si esprime il seguente parere Favorevole

Data 18/12/17 Il Direttore o Coordinatore Letizia Siler

AREA VASTA n. 1
INGEGNERIA CLINICA
LETIZIA SILER

A.S.U. REGIONE MARCHE
Zona Territoriale n. 2 - Urbino
DOTT. LEONARDO BADIOLI
DIRIGENTE MEDICO II° LIVELLO
Cod. Fisc. 016140601504790