



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

AU 50 2

Parte 1a

SERVIZIO - PRESIDIO - UFFICIO-C. di costo

L DIRIGENTE SANITARIO/AMMINISTRATIVO proponente

RIABILITAZIONE ESTENSIVA FOSSOMBRONE

DR GIACOMO MAURIZI

322851

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

Sig./ Ditta /Ente

RENZI LANFRANCO ingrosso carta per alimenti Fossombrone PI 00309730414

OGGETTO di cessione, descrizione e caratteristiche tecniche:

T24E310EI CONFRONTA (TV LED CON STAFFA A MURO

Indicare valore

MOTIVAZIONI E UTILITA'

Donazione tv led n 6 da applicare nelle stanze del reparto e nella sala mensa con obiettivo di migliorare le relazioni sociali

Data 22/06/2018

Il Dirigente U.O. proponente

GIACOMO MAURIZI

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

REGIONE MARCHE A.S.U.R.
AREA VASTA n. 1
Il Direttore Coordinatore
DISTRETTO SANITARIO FANO
IL DIRETTORE
Dott. GIOVANNI GUIDI
Cod. Fisc. GDU GNN 56E29/3352M

DR GIOVANNI GUIDI

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? 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 TOTALE

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 22/06/18

Il Dirigente U.O. proponente

MAURIZI GIACOMO

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

REGIONE MARCHE A.S.U.R.
AREA VASTA n. 1

DISTRETTO SANITARIO FANO
IL DIRETTORE COORDINATORE

Dot. GIOVANNI GUIDI

DR GIOVANNI GUIDI

Cod. Fisc. GDU GRN 88529 B362M
MOYBC1