

AM. 6 (1)

**ENT TRADERS**

VIA V. VITTORIO E II, n. 22  
61040 URBANIA (PU) - ITALIA  
Tel. +39 0723 217173  
Fax +39 0723 217173  
E-mail: enttraders@enttraders.com  
P.I. 02234050413

(Inoltre, sociale dell'impresa)

**ASUR Marche**  
**Azienda Sanitaria Unica Regionale**  
66016 Registro ASUR AREA VASTA 1 - PRD  
**0024788 / 23/03/2016**  
**ASURAV1 / PROAV1A**

**REGIONE MARCHE A.S.U.R.**  
**AREA VASTA n. 1 - FANO**  
**23 MAR 2016**  
**ARRIVO**

Alla c.a. dr. Carmine Di Bernardo  
Direttore dell'Area Vasta n. 1- ASUR Marche  
Sede amministrativa  
Via Sebastiano Ceccarini, 38  
61032 FANO PU

**OGGETTO:** Comunicazione volontà di effettuare una donazione.

Il/La sottoscritto/a Ejaz Muneer, nato/a a Pakistan il 23/01/1976 in qualità di (C) Proprietario dell'impresa ENT TRADERS con domicilio fiscale in ENT TRADERS DI MURAVIA CORSO VITTORIO E II n. 22, codice fiscale n. RNRJZF70A2372360, partita IVA n. 02234050413 comunica la volontà di effettuare una donazione, a favore dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), per le esigenze funzionali di codesta Area Vasta, concernente la/e attrezzatura/e e/o altri beni, la cui descrizione è di seguito riportata:

Descrizione attrezzatura	Ditta fornitrice	Q.tà	Valore unitario (IVA esclusa)
Desktop Computer	Real Technology	1	360,0 €
Monitor	-	1	
Tastiera e mouse	-	1	

Destinazione:  
Ospedale/Servizio di 118 URBANIA  
Unità Operativa: 118 E.T.

Si dichiara espressamente che l'accettazione della donazione non prefigura l'assunzione di alcun obbligo da parte di codesta ASUR.

Si resta in attesa di Vs. comunicazione scritta di accettazione, quale presupposto necessario per dare corso alla consegna e installazione dell'attrezzatura/bene.

data 23/03/2016

**ENT TRADERS**  
Via V. Vittorio E II, n. 22  
61040 URBANIA (PU) - ITALIA  
Tel. +39 0723 217173  
Fax +39 0723 217173  
E-mail: enttraders@enttraders.com  
P.I. 02234050413  
C.F. MARCELTGA232360  
Enttraders@hotmail.com

1) legale rappresentante o altra qualifica abilitata ad impegnare l'impresa



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

**Parte 1a**

SERVIZIO - PRESIDIO - UFFICIO

IL DIRIGENTE SANITARIO/AMMINISTRATIVO proponente  
MAGNONI MONTE

---

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

Sig./ Ditta /Ente  
EHT TRADERS - VIA V. EMANUELE 82 - URBANIA (PU)  
PI 02234050413

---

OGGETTO di cessione, descrizione e caratteristiche tecniche:  
DESKTOP COMPUTER - MONITOR - TASTIERA/MOUSE -  
STAMPANTE

---

Indicare valore € 366,6

MOTIVAZIONI E UTILITA'  
SOSTITUZ'IO AF VECCIO COMPUTER NON  
FUNZIONANTE

---

Data 31/31/16 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 \_\_\_\_\_ Il Direttore o Coordinatore

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

Data \_\_\_\_\_ Il Referente Ing. Clinica AV1

A.S.U.R. REGIONE MARCHE  
AREA VASTA n. 1 - FANO  
IL DIRIGENTE MEDICO DI II' LIVELLO  
DIRETTORE DEL DISTRETTO  
SANITARIO DI URBINO  
Dr. Renato Magnoni

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 SI

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

A.S.U.R. REGIONE MARCHE  
AREA VASTA n. 1 - FANO  
IL DIRIGENTE MEDICO DI II° LIVELLO  
DIRETTORE DEL DISTRETTO  
SANITARIO DI URBINO  
Dr. Romeo Magnoni

Data 31/3/16 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 \_\_\_\_\_ Il Direttore o Coordinatore

Parere dell'Ingegneria Clinica Area Vasta 1

Visto: si esprime il seguente parere \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Il Referente Ing. Clinica AV1