

All. B 1

Comitato per la salute pubblica

Sede provvisoria: Via Andrea Costa n. 32 - 61037 Mondolfo (PU)
Telefono: 0721.957316 - Presidente: Mirella Caronti
Mail: co.sa.pub@gmail.com

Regione Marche
Azienda Sanitaria Unica Regionale
PDD: Registro ASUR AREA VASTA 1 - PRO

0103379 | 16/12/2016
ASURAV1 | PROAV1 | A

Alia c.a. Dr. Giovanni Fiorenzuoto
Direttore dell'Area Vasta n. 1- ASUR Marche
Sede amministrativa
Via Sebastiano Ceccarini, 38
61032 FANO PU

e, per conoscenza al dr. GIOVANNI GUIDI
Direttore UO
Osp./Distretto di FANO

OGGETTO: Comunicazione volontà di effettuare una donazione.

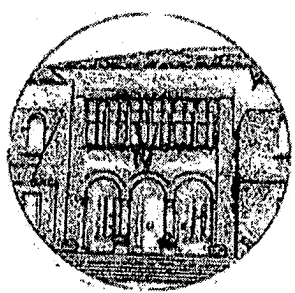
Il/La sottoscritto/a MIRELLA CARONTI, nato/a a MONDOLEO il 9/10/1939 in qualità di (1) PRESIDENTE dell'impresa COH. SA. PUB. con domicilio fiscale in MONDOLEO Via ANDREA COSTA 32 n. 32 codice fiscale n. CRNMLL30R219E348X partita IVA n. 32 comunica la volontà di effettuare una donazione, a favore dell'Azienda 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	Diitta fornitrice	Q.tà	Valore unitario (IVA esclusa)
TELEVISORE "AICAKTV403T"		1	
FORNO MICRONDE METZGER KENNEX MI"		1	
A.SCIUGACAPPELLI L12 2000 AS"		1	

Destinazione:
Ospedale/Servizio di R.S.A.
Unità Operativa: MONDOLEO

Si dichiara espressamente che l'accettazione della donazione non prefigura l'assunzione di alcun obbligo da parte di codesta ASUR- Area Vasta 1
Si resta in attesa di Vs. comunicazione scritta di accettazione, quale presupposto necessario per dare corso alla consegna e installazione dell'attrezzatura/bene.

data 2/12/2016



Caronti Mirella
(timbro dell'impresa e firma)

- Allegati:
- Documento identità del sottoscrittore
 - Documentazione tecnica a corredo del/i bene/i donato/i

(1) legale rappresentante o altra qualifica abilitata ad impegnare l'impresa
<https://webmail.sanita.marche.it/exchange/Laura.Monteverde/Inbox/donazione> beni rsa mondolfo.EML/1_mispart_2_Lett
VOLDONAZ_MOD V02.doc/C58E428C-18C0-1a97-9AF2-036E93D0AFB3/Att VOLDONAZ_MOD V02.doc?attach=1 - pag. 1 di 1 - LVKRDONAZMOD

Le informazioni trasmesse sono destinate esclusivamente alla persona o alla società in indirizzo e sono da intendersi confidenziali e riservate. Ogni trasmissione, invio o pubblicazione di questo tipo di informazioni è vietata. Se riceve questa comunicazione per errore, siete pregati di contattare il mittente e cancellare le informazioni dal proprio sistema.

Cognome CARONI
 Nome MIRELLA
 Data di nascita 09-10-1939
 (città di nascita) MONDOLFO
 Città di nascita Italiana
 Residenza MONDOLFO
 Via COSTA A. 32
 Stato civile =====
 Professione =====

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

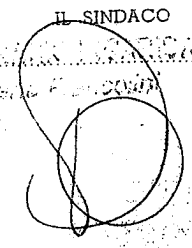
Statura 150
 Capelli Grigi
 Occhi Grigi
 Segni particolari nessuno



Firma del titolare Mirella Caroni

MONDOLFO il 05-09-2012
 IL SINDACO

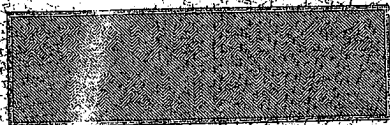
Impronta del dito indice sinistro




Scadenza : 09-10-2022
 Diritti : 10/32



AT 7226217



REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI
MONDOLFO

CARTA D'IDENTITÀ
N° AT 7226217

DI
CARONI MIRELLA

TELEVISORE +
PHON

IPERSIMPLY

SMA S.p.A. - P.IVA 08970540152
VIA NICOLA ABBAGNANO 7
60019 SENIGALLIA (AN)
TEL. 071-79051
www.simplymarket.it

12.05.16 15:18

C12 2000 ASC
AK>AKTV403 T

SCONTO PERC. 30%

ARTICOLI 2

TOTALE € 214.40

CARTA CREDIT EUR 214.4

SCONTRINO

NON FISCALE

AI SENSI DELL'ART.1 COMMA 429
LEGGE 311/2004

*9018 7300/006/050 12.05.16 15:19 AC-00

Numero Bollini 21

INTESA EMV
MAESTRO
Pagamento

COOP ALLEANZA 3.0 Soc. Coop.
IPER MAESTRALE
SS16 Nord Cesano 91 Senigallia (AN)
P.I. e C.F. 03503411203
071/6607111

MICRONDE EURO
MG720CFB KENNEX MI 79,90
SUBTOTAL 79,90

TOTALE € 79,90
CARTA DI CRE 79,90
RESTO 0,00

***** RICEVUTA DI PAGAMENTO *

MAESTRO
Pagamento
S/E-CE 486660300533001
CASSA: 017 93062804 OPER. 5446
C 588602*****7306 01 ICC
VALID. 02/14
AUTOR. 644753
ACQ. ID 00000000016
AID A0000000043060 TT 00
AC t59535FF847594AA8 ATC 0033
TCR 978 LLL 380 UN EF87D58A
TUR 8000048000 CUMR 020000

IAD 061060100522000000000000000000
12/05/2016 15:58
Euro 79,90

* Verificato PIN Titolare *
TRANSAZIONE ESEGUITA
***** RICEVUTA DI PAGAMENTO *

ART 1 TRANSAZIONE: 48

Operat. Term. Data Ora
9017 17 12/05/2016 15:58

DAL 16 MAGGIO AL 3 GIUGNO
SI TENGONO LE ASSEMBLEE
SEPARATE SUL BILANCIO 2015 DI:
COOP ADRIATICA, COOP ESTENSE
E COOP CONSUMATORI NORDEST.
PARTECIPA ALL'ASSEMBLEA
DELLA TUA ZONA SOCI E RICEVI
UN OMAGGIO. INFO E CALENDARIO:
WWW.COOPALLEANZA3-0.IT

12/05/16 15:57

N.0040
N1 53005096

EAN-13



171205161519



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

All. B 2

Parte 1a

SERVIZIO - PRESIDIO - UFFICIO

L DIRIGENTE SANITARIO/AMMINISTRATIVO proponente

DSB - RSA MONDOLEO

Regione Marche A.S.U.R. AREA VASTA n° 1 DISTRETTO SANITARIO PERGOLA - FANO

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

Sig./ Ditta /Ente

"COMITATO PER LA SALUTE PUBBLICA"

SEDE PROVVISORIA: VIA A. COSTA N.32 - 61037 MONDOLEO (PU)

OGGETTO di cessione, descrizione e caratteristiche tecniche:

TELEVISORE "AKTV 403T"

FORNO MICRO'ONDE "MG 720 CFB KENNEX M"

ASCIUGACAPELLI "C19 2000 ASC"

Indicare valore

VENI SCOTRINI ALEGRI

MOTIVAZIONI E UTILITA'

GLI ELETTrodomESTICI SONONO PER MIGLIORARE L'ACCOGLIENZA ALBERGHIERA, E PER FAVORIRE L'ACCESSO ALLE NOTIZIE E ALLA CULTURA FAVORANDO SOCIABILITA'

A.S.U.R.-AREA VASTA n. 1
U.O.C. Patrimonio, Nuove Opere, Attività Tecniche
PERVENUTO IL
13 SET 2016
Feni
Cosade

Data 07 SET. 2016

Il Dirigente U.O. proponente

Regione Marche A.S.U.R. AREA VASTA n 1 Distretto Sanitario FANO - PERGOLA
Il Direttore
Dott. GIOVANNI GUIDI
C.F. 801109956E29 B352M
MQYBC1

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

Data 07 SET. 2016

Il Direttore o Coordinatore

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

NON SONO PRESENTI APPARECCHIATURE SIMILARI

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 07 SET. 2016

Il Dirigente U.O. proponente

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

Visto: si esprime il seguente parere

FAVOREVOLE

Regione Marche AS.U.R.
AREA VASTA n. 1 PERGOLA
Distretto Sanitario FANO
Direttore
Dott. GIOVANNI GUIDI
C.F. 85015629 B352M
MCH BCI

Sanitario

Regione Marche A.S.U.R.
AREA VASTA n. 1
Distretto Sanitario FANO PERGOLA
Il Direttore >>>
Dott. GIOVANNI GUIDI
C. F. GDU GNN 58E29 B352M
MQYBC1