

AV.102



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

Parte 1a

SERVIZIO PREDIAGNOSTICO
U.O.S.D. ENDOSCOPIA DIGESTIVA
e GASTROENTEROLOGIA

IL DIRIGENTE SANITARIO/AMMINISTRATIVO proponente

Dot. MASSIMO TATALI

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

Sig./ Ditta /Ente

BCC DEL MUSTAURO

OGGETTO di cessione, descrizione e caratteristiche tecniche:

MONITOR MULTIPARAMETRO IMEC 8
SCHERMO TFT A COLORI DA 8.4"
VISUALIZZAZIONE JMO A 8 TRACCE
ADATTO ANCHE PER USO PEDIATRICO

Indicare valore

MOTIVAZIONI E UTILITA'

UTILIZZATO IN DURANTE LA PROCEDURA ENDOSCOPICA
COME NELLA FASE DI RISOLUZIONE POST-PROCEDURA
PER MONITORAGGIO DI SAT O2, FREQUENZA CARDIACA
CON POSSIBILITA' DI AVERE TRACCIA ECG

Data

28.6.18

Il Dirigente U.O. proponente

A.S.U.R. - AREA VASTA n. 1
U.O.S.D. ENDOSCOPIA DIGESTIVA
e GASTROENTEROLOGIA
Dot. MASSIMO TATALI
Cod. Fisc. TTI MSM 59L13 G479U

FAVOREVOLE

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

Visto: si esprime il seguente parere

Per i Servizi Territoriali, firma del Direttore del Distretto Sanitario

Data 28/6/18 Il Direttore o Coordinatore



Parere dell'Ingegneria Clinica Area Vasta 1

Visto: si esprime il seguente parere

FAVOREVOLE

Data 06/07/18 Il Referente Ing. Clinica AV1

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? SI

In caso affermativo indicare: a) i presunti costi d'esercizio o manutenzione < 100 €

b) se tali costi rientrano nel budget assegnato all'Unità Operativa SI

In caso di mancata copertura finanziaria, indicare la fonte di finanziamento ✓

8) L'eventuale acquisizione comporterà costi di installazione? NO

Data 28-6-18 Il Dirigente U.O. proponente X

ASUR AREA VASTA n. 1
U.O. ENDOSCOPIA DIGESTIVA
(S) PATROENTEROLOGIA
DOTT. MASSIMO TATALE
Cod. Fisc. TTL MSM 59L13 G479U

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

Visto: si esprime il seguente parere FAVOREVIST

Per i Servizi Territoriali, firma del Direttore del Distretto Sanitario

Data 29/6/18 Il Direttore o Coordinatore [firma]

Parere dell'Ingegneria Clinica Area Vasta 1

Visto: si esprime il seguente parere FAVOREVIST

Data 02/07/18 Il Referente Ing. Clinica AV1 [firma]