



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA

Codice Fiscale e Partita IVA: 01151150867
Tel.: 0935/516111 - fax: 0935/516727

Prot. N. _____

Data _____

Al Responsabile U.O. C. Provveditorato
Sede

Oggetto: **RICHIESTA ACQUISIZIONE DISPOSITIVI MEDICI INFUNGIBILI**
ex art. 57, comma 2, lettera b) del D.Lgs n. 163/2006

UO richiedente: CANONICA

Dipartimento: MEDICINA

Dispositivo richiesto, descrizione e caratteristiche tecniche: CONSUMIBILI EMOLGAG PRINTER PL-FLUID PAC-TEST

Numero di repertorio: _____

Dispositivo dedicato ad apparecchiatura di proprietà? (scegliere l'opzione di proprio interesse)

A. NO

B. SI

numero di inventario cespiti _____

modello _____

fornitore _____

ubicazione _____

Fornitore: BIO MEDICAL SERVICE

Fabbisogno presunto annuo in unità di misura: 20000 pezzi

Spesa presunta in Euro iva esclusa: 36.000 euro

Durata proposta del contratto di fornitura: 24 mesi

Informazioni aggiuntive: _____

Relazione in merito alle ragioni di natura tecnica, correlate ad indicazioni di natura diagnostica e terapeutica, che non consentono l'impiego di prodotti con caratteristiche equivalenti e che giustificano la dichiarazione di infungibilità:

Il/i sottoscritto/i dichiara/no che per le indicazioni tecniche, diagnostiche e terapeutiche sopra specificate non sono disponibili nel repertorio nazionale DM prodotti alternativi con caratteristiche equivalenti, sia in termini prestazionali che funzionali, e di essere a conoscenza delle possibili responsabilità di natura civile, penale, disciplinare ed amministrativo-contabile, in merito all'attestazione di informazioni false, inesatte od erranee e di essere informati che, ai sensi dell'art.76 DPR 28/1212000, n.445 "Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso"

Firma leggibile

Il Direttore della UO richiedente _____ Dr. MASCO alpa

Il Direttore del Dipartimento _____ Dr. MASCO SP

Il Direttore del Distretto _____ Dr. _____

Il Direttore della Farmacia _____ Dr. _____