Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II
Integrata con il Servizio Sanitario Regionale

Al Servizio di Farmacia Centralizzata

Oggetto: Richiesta di acquisto di dispositivi medici/diagnostici, altri prodotti sanitari di uso corrente, dichiarati infungibili e dedicati ad apparecchiature e/o attrezzature sanitarie di possesso aziendale o a carico aziendale

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITA'

Il Richiedente Prof. /Prof.ssa _____, (cognome e nome)

Direttore del DAI_____

Trattasi di:

x Farmaco_____

Codice Farmacia (se disponibile) _____

x Dispositivo medico/diagnostico (monouso e/o monopaziente)
_____

Codice Repertorio Nazionale _____

Previsione dei consumi per anno:_____

Previsione dei casi da trattare per anno:_____

Importo presunto per singola prestazione: _____

x Altro materiale sanitario di consumo corrente: _____

Codice di prodotto:_____

Previsione dei consumi per anno: _____

Dedicati elusivamente alle apparecchiature /attrezzature sanitarie di possesso aziendale:

Casa costruttrice:_____

Casa fornitrice:_____

Modello:_____

N.inv.(se non presente motivare dettagliatamente):_____

S/N :_____

altresì alle apparecchiature/attrezzature sanitarie con titolo di possesso diverso ovvero a carico dell'Azienda, per le quali si è ricevuta nota autorizzativa:

Prot. n. _____ del_____

Casa costruttrice:_____

Casa fornitrice:_____

Modello:_____

N.inv.(se non presente motivare dettagliatamente):_____

S/N :_____

Si allega inoltre dichiarazione della ditta comprovante l'unicità ed esclusività di prodotto.

Data

Il Direttore del DAI
Timbro e Firma

_____ _____

In caso di parere favorevole
Il Direttore del Servizio di Farmacia Centralizzata

_____