

SCHEDA PER DONAZIONI DI APPARECCHIATURE BIOMEDICHE E ATTREZZATURE SANITARIE ACCESSORIE

DA ONLUS/PRIVATI, ED ALTRI ENTI

RICHIESTA PROT. N°

PROPONENTE

DAI DI AFFERENZA

TIPOLOGIA DI DONAZIONE

Identificare

NB. La richiesta va firmata dal Direttore del DAI

Allegare schede tecniche e dichiarazione di conformità applicabili (per es. CEE 93/42 e ss.mm.ii).

DESTINAZIONE D'USO

COSTO STORICO (*se nuovo*): **allegare documentazione di supporto**

VALORE RESIDUO o di **MERCATO** (*se usato*): **allegare documentazione di supporto**

COSTO MANUTENZIONE ANNUALE FULL RISK < o = **al 3% del costo storico**

Per apparecchiature di nuova installazione: **GARANZIA MINIMA 36 MESI**

COSTO E FREQUENZA AGGIORNAMENTI SOFTWARE ED HARDWARE

COSTO DEL MATERIALE DI CONSUMO

STIMA per anno indicando il costo singolo ed il numero di procedure previste (a cura del Direttore della Farmacia Centralizzata e/o Direttore DAI)

CICLO DI VITA DELL'APPARECCHIATURA AL MOMENTO DELLA DONAZIONE

Per apparecchiature rigenerate: **INDICARE L'ANNO DI PRIMA INSTALLAZIONE E L'ANNO DI PRODUZIONE**

PERCORSI ASSISTENZIALI

In quale/i percorsi assistenziali/di cura è previsto l'inserimento dell'apparecchiatura?

IDENTIFICARE:

- Utilizzatore finale (Dirigenti medici, personale tecnico ed infermieristico)
- Ricaduta sui pazienti
- Ricaduta organizzativa (personale coinvolto, collocazione, servizi intermedi, CUP etc)

QUANTE APPARECCHIATURE UGUALI/SIMILI/EQUIVALENTI sono presenti nello stesso DAI:

Firma e Timbro

Direttore del DAI