



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA "FEDERICO II"

MODELLO C-

RICHIESTA DI ACQUISTO DI APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI INFUNGIBILI E/O ESCLUSIVE

DIPARTIMENTO RICHIEDENTE _____ CDC _____

Apparecchiatura (denominazione) _____

Accessori (se previsti) _____

*In caso di **innovazione**, compilare anche il **modello D** (mini HTA)

in caso di **upgrade tecnologico, compilare anche il **modello E** (upgrade tecnologico)

Esigenze che ne consigliano l'acquisto:

1. 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 d'infungibilità:

2. Rinnovo parziale o ampliamento di forniture esistenti nel caso altre apparecchiature simili comportino incompatibilità o difficoltà tecniche sproporzionate per l'impiego di apparecchiature differenti. Indicare:

Denominazione dell'Apparecchiatura già esistente _____

Modello _____

Inventario aziendale _____

Documentazione scientifica di riferimento _____

Produttore: _____

Costo presunto dell'apparecchiatura: _____

Specificare se sono necessari prodotti di consumo dedicati, trattando anticipatamente le condizioni di fornitura:

Numero di casi che si prevede di trattare per anno _____ Numero di casi trattati nell'ultimo anno _____

Fabbisogno presunto annuo in unità _____ Spesa presunta per unità € _____

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA “FEDERICO II”

Si allega: • scheda tecnica;

- indagine di mercato effettuata tra almeno 5 società (se sussistono in tale numero soggetti idonei) comprovante l'infungibilità.

In caso di apparecchiature uniche si allega inoltre anche dichiarazione di esclusività della ditta offerente

N.B. non saranno prese in esame richieste mancanti degli allegati

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITA'

Io Prof. _____,
dichiaro sotto la mia responsabilità che per le indicazioni tecniche, diagnostiche e terapeutiche sopra specificate, non sono disponibili alternative tecniche con altre apparecchiature equivalenti.

Il dichiarante è a conoscenza delle responsabilità di natura civile, penale, disciplinare e di natura amministrativo-contabile in merito ad attestazione di informazioni false, inesatte o erranee.

Data, _____

TIMBRO E FIRMA DEL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO richiedente

La Commissione esprime parere:	FAVOREVOLE	NON FAVOREVOLE (motivare)

Area Medica	Area Chirurgica	Area Servizi
Provveditore	Farmacista	Il Responsabile Scientifico per le Apparecchiature Biomedicali
Direttore Sanitario Aziendale		