



ALLA DIREZIONE STRATEGICA DELL'ARNAS
GARIBALDI DI CATANIA

AL SETTORE PROVVEDITORATO ED
ECONOMATO
email: provveditorato@arnasgaribaldi.it

RICHIESTA DI APPROVVIGIONAMENTO DI BENI DI CONSUMO

Richiesta Prot. N. _____ del _____

P.O. Garibaldi Centro

P.O. Garibaldi Nesima

U.O. S/D/C di _____

Centro di Costo: _____

Referente per la richiesta ai fini di ulteriori richieste

Nome e Cognome:

Telefono:

Mail:

Referente per la consegna

Nome e Cognome

Telefono:

Mail:

DESCRIZIONE DEL BENE PER IL QUALE SI RICHIEDE L'ACQUISTO

*	Denominazione prodotto:
*	Caratteristiche tecniche e funzionali minime:
	Fabbisogno annuo stimato (Quantità)
*	Monouso esclusivo:
*	Pluriuso esclusivo:
*	Numero di utilizzi:
	Descrizione dell'U.O. presso cui sarà utilizzato il bene:
	Personale addetto all'utilizzazione del bene:
	<input type="checkbox"/> Unicità nel mercato
	caratteristiche e le motivazioni dell'unicità:

FINALITA' E MOTIVAZIONE DELL'ACQUISTO

*	Bene utilizzato direttamente nell'erogazione della prestazione:
*	Bene utilizzato indirettamente nell'erogazione della prestazione:
*	Denominazione della prestazione/i associate al bene:
*	Ruolo che il bene riveste nell'ambito della prestazione sanitaria complessiva:
	<input type="checkbox"/> Fondamentale
	<input type="checkbox"/> Coadiuvante
	<input type="checkbox"/> Di supporto
	<input type="checkbox"/> Altro
*	Finalità del bene richiesto:

*	Attività a cui il bene è associato:
	<input type="checkbox"/> Di terapia
	<input type="checkbox"/> Di supporto alla vita
	<input type="checkbox"/> Di supporto ad altre prestazioni cliniche che verranno effettuate per mezzo di apparecchiature
	<input type="checkbox"/> Altro
*	Beni/Servizi della stessa tipologia o con funzionalità analoghe:
	<input type="checkbox"/> Presso stessa U.O. richiedente
	<input type="checkbox"/> Presso altre UU.OO.
*	Nel caso in quale quantità:
*	Denominazione prodotto con funzionalità analoghe:
	Se attualmente per la stessa prestazione è in uso altra tipologia di beni con analoghe prestazioni sopra descritte, specificare il corrispondente codice prodotto del bene utilizzato:
*	miglioramenti qualitativi e/o quantitativi delle prestazioni sanitarie conseguibili con il nuovo bene:
*	Motivi della richiesta:
*	eventuali economie conseguibili con l'utilizzo del bene/servizio:
*	priorità della richiesta e relativa motivazione:
	<input type="checkbox"/> Bene che rimuove possibili situazioni di pericolo

* la compilazione del campo è obbligatoria

Timbro e firma leggibile del Richiedente

PARERE DEL DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO	<input type="checkbox"/> FAVOREVOLE
	<input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE
	Firma del Direttore Medico di Presidio

da acquisire preventivamente all'avvio della richiesta

A cura della Farmacia di riferimento

ULTERIORI DATI DEL BENE PER IL QUALE SI RICHIEDE L'ACQUISTO	
*	Codice prodotto:
*	Classe merceologica:
*	Codice AIC/ATC:
	Codice di Repertorio (RDM)
	Codice CND
*	Importo unitario prevedibile:
*	Materiale di consumo se previsto:
*	Fabbisogno annuo presumibile del materiale di consumo:
	Ditte produttrici e distributrici:
	Indicare di seguito la denominazione e l'indirizzo completo della ditta produttrice e distributrice del bene.

ANALISI MERCEOLOGICA E VALUTAZIONE DI CONFORMITA' DELLA RICHIESTA DA PARTE DEL FARMACISTA DI RIFERIMENTO	<input type="checkbox"/> CONFORME
	<input type="checkbox"/> NON CONFORME
OSSERVAZIONI:	Firma del Farmacista di riferimento

A cura dell'UOC Provveditorato

ULTERIORI INDICAZIONI E VISTI DI APPROVAZIONE RICHIESTA
--

<input type="checkbox"/> Bene INSERITO nel piano biennale degli acquisti dei beni e dei servizi	
<input type="checkbox"/> Bene NON inserito nel piano biennale degli acquisti dei beni e dei servizi	
INDAGINE DI MERCATO E VALIDAZIONE AMMINISTRATIVA DELLA RICHIESTA	<input type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE
	Firma del Responsabile dell'UOC Provveditorato

A cura dell'UOC Economico Finanziario e Patrimoniale

COMPATIBILITA' DELL'ACQUISTO DEL BENE RISPETTO ALLE RISORSE DI BILANCIO	<input type="checkbox"/> COMPATIBILE <input type="checkbox"/> NON COMPATIBILE
	Firma del Responsabile dell'UOC Economico Finanziario e Patrimoniale

A cura della Direzione Sanitaria Aziendale

PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO	<input type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> Acquisizione urgente entro il semestre <input type="checkbox"/> Acquisizione urgente entro l'anno <input type="checkbox"/> Consigliata entro il semestre <input type="checkbox"/> Consigliata entro l'anno <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE
OSSERVAZIONI:	Firma del Direttore Sanitario

A cura della Direzione Amministrativa

PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO	<input type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> Acquisizione urgente entro il semestre <input type="checkbox"/> Acquisizione urgente entro l'anno <input type="checkbox"/> Consigliata entro il semestre <input type="checkbox"/> Consigliata entro l'anno <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE
OSSERVAZIONI:	Firma del Direttore Amministrativo