



ALLA DIREZIONE STRATEGICA DELL'ARNAS
GARIBALDI DI CATANIA

AL SETTORE PROVVEDITORATO ED
ECONOMATO
email: richiestabeni@ao-garibaldi.ct.it

RICHIESTA DI ACQUISTO DI BENI DUREVOLI, APPARECCHIATURE E ATTREZZATURE

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 tecniche

Nome e Cognome:

Telefono:

Mail:

Referente per la consegna l'installazione ed il collaudo del bene

Nome e Cognome

Telefono:

Mail:

DESCRIZIONE DEL BENE PER IL QUALE SI RICHIEDE L'ACQUISTO

*	Denominazione:
*	<input type="checkbox"/> Nuova dotazione
*	<input type="checkbox"/> Completamento di dotazione esistente
*	<input type="checkbox"/> Sostituzione
*	<input type="checkbox"/> Aggiornamento
*	Classe merceologica:
*	Quantità:
	Descrizione del locale in cui sarà allocato il bene:
	Personale addetto all'utilizzazione del bene:
	<input type="checkbox"/> Unicità nel mercato
	caratteristiche e le motivazioni dell'unicità e della infungibilità:

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 dell'apparecchiatura richiesta
	<input type="checkbox"/> Altro
*	Apparecchiature 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:
*	Numero di inventario:
*	Sede del bene:
*	Stato di efficienza ed utilizzo:
	Se attualmente per la stessa prestazione è in uso altra attrezzatura di analoghe prestazioni sopra descritte, specificare il corrispondente numero di inventario del bene utilizzato:
*	miglioramenti qualitativi e/o quantitativi delle prestazioni sanitarie conseguibili con il nuovo bene e/o con l'integrazione richiesta:
*	dismissione, per sottoutilizzo di altri beni con funzioni similari:
*	bene da dismettere con numero di inventario:
*	Motivi della sostituzione:
*	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
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 dell'Servizio di Ingegneria Clinica

ULTERIORI INDICAZIONI E VISTI DI APPROVAZIONE RICHIESTA	
*	Caratteristiche tecniche e funzionali minime:
*	Installazioni e/o allacciamenti previsti ad opere preesistenti:
*	Monouso esclusivo:
*	Pluriuso esclusivo:
*	Numero di utilizzi:
*	Frequenze di guasto:
*	Qualsiasi altra necessità tecnico/impiantistica per il funzionamento:

	Durata di efficacia e/o validità scientifica operativa del bene:
	Ditte produttrici e distributrici:
	Importo prevedibile:
*	Materiale di consumo se previsto:
*	Fabbisogno annuo presumibile del materiale di consumo:
*	eventuali economie di scala conseguibili con l'utilizzo del bene:

A cura del Servizi Ingegneria Clinica per le Attrezzature sanitarie

ANALISI MERCEOLOGICA E VALUTAZIONE DI CONFORMITA' DELLA RICHIESTA DA PARTE DEL SERVIZIO DI INGEGNERIA CLINICA	<input type="checkbox"/> CONFORME
	<input type="checkbox"/> NON CONFORME
OSSERVAZIONI:	Firma del Responsabile del Servizio di Ingegneria Clinica

A cura del Servizi Informativi Aziendali per l'acquisto di PC e Attrezzature informatiche

ANALISI MERCEOLOGICA E VALUTAZIONE DI CONFORMITA' DELLA RICHIESTA DA PARTE DEL SERVIZI INFORMATIVI AZIENDALI	<input type="checkbox"/> CONFORME
	<input type="checkbox"/> NON CONFORME
OSSERVAZIONI:	Firma del Responsabile del Servizi Informativi Aziendali

A cura dell'UOC Provveditorato

<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