


**SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI MEDICI DEDICATI
AD APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI**

(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)

| | | | |
|--|-------------------------|--|------------|
| Dipartimento o Struttura Complessa | | MANUTENZIONE APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE | |
| Codice e descrizione Centro di costo | | 131101410161013 | |
| Dirigente | DOTT. GALUCCIO GIOVANNI | Tel. | [REDACTED] |
| Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto | | € | |

 In Uso

* TEL. CAPOSAU' [REDACTED]

 Innovazione

FAX: [REDACTED]

 Infungibile (*)

(*) Per prodotto infungibile si intende un bene o dispositivo medico, etc..., che per la sua specifica identità non è sostituibile con un altro simile nello svolgimento di una determinata funzione.

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE

Il Sottoscritto Dr./Prof. GALUCCIO GIOVANNI Dirigente Medico, dichiara sotto la propria responsabilità che il Prodotto qui descritto è infungibile in quanto specificamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione; al riguardo indicare:

- Denominazione del Macchinario SPIROMETRI CAREFUSION
- Modello V- MAX CAREFUSION
- Codice di Inventario aziendale 100053 - 100054

Data, 04/10/2018

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

[REDACTED SIGNATURE]

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)

TUBO DOPPIO CONTROLLO VALVOLE CODICE: 769846 EX. 799846

CODICE AZIENDALE: 104163

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

MATERIALE GIÀ IN USO FACENTE PARTE DELLA DOTAZIONE DELLO
SPIROMETRO

3. FINALITÀ D'USO:

ESECUZIONE ES.DELI SECONDO PARAMETRI DI SICUREZZA

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

CAREFUSION ITALY

CODICE : 769846 EX : F99846

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1
- Fabbisogno annuo 1 N.B: SAWO GUASTO APPARECCHIATURA
- Consumo medio mensile 0

6. CODICE DI PROCEDURA UTILIZZATO PER LA CODIFICA DEL RAD:

CAPO SALA CABO TECNICO

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data, 04/10/2018

Da compilarsi a cura del Provveditore

€ 304,30

COSTI:

- Stima del costo di acquisto € _____ (+ IVA)
- Incidenza sul budget negoziato: _____

RESPONSABILE PROVVEDITORE

RESPONSABILE SC FARMACIA PER I
DISPOSITIVI BIOMEDICI E PRESIDII

Data,

**SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI MEDICI DEDICATI
 AD APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI**

(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)

Dipartimento o Struttura Complessa MANTICE APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE

Codice e descrizione Centro di costo B121014101619103

Dirigente DOCT. GALUCCIO GIOVANNI Tel. [REDACTED] Fax [REDACTED]

Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto _____ €

In Uso

* TEL. CAPOSALA: [REDACTED]

Innovazione

FAX: 5 [REDACTED]

Infungibile (*)

(*) Per prodotto infungibile si intende un bene o dispositivo medico, etc..., che per la sua specifica identità non è sostituibile con un altro similare nello svolgimento di una determinata funzione.

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE

Il Sottoscritto Dr./Prof. GALUCCIO GIOVANNI Dirigente Medico,
 dichiara sotto la propria responsabilità che il Prodotto qui descritto è infungibile in quanto specificamente
 dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione; al riguardo indicare:

- Denominazione del Macchinario SPIROMETRI CAREFUSION
- Modello V-MAX CAREFUSION
- Codice di Inventario aziendale 100053-100054

Data, 04/10/2018

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

[REDACTED SIGNATURE]

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)
VALVOLA ASSY CODICE: 769122

CODICE AZIENDALE: 114510

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

MATERIALE GIÀ IN USO FACENTE PARTE DELLA DOTAZIONE
DELLO SPIROMETRO

3. FINALITÀ D'USO:

ESECUZIONE ESAMI SECONDO PARAMETRI DI QUALITÀ

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

CAREFUSION ITALY

CODICE : 769122

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1

- Fabbisogno annuo 8

- Consumo medio mensile 1

6. CODICE DI PROCEDURA UTILIZZATO PER LA CODIFICA DEL RAD:

HOSPITALI OSPEDALLERA
COMPLESSO OSPEDALIERO
GIOVANNI - ADRIANO
CAPO SALA
MILIGER LEONI

[Redacted signature]

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

[Redacted signature]

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data, 04/10/2018

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

€ 773,50

- Stima del costo di acquisto € _____ (+ IVA)

- Incidenza sul budget negoziato: _____

RESPONSABILE PROVVEDITORE

.....

RESPONSABILE SC FARMACIA PER I
DISPOSITIVI BIOMEDICI E PRESIDI

Data,

SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI MEDICI DEDICATI AD APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI

(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)

Dipartimento o Struttura Complessa MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE

Codice e descrizione Centro di costo 3111014101610103

Dirigente DOTT. GALUCCIO GIOVANNI Tel. [REDACTED] Fax [] [] [] []

Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto € * TEL. (PROSA): [REDACTED] FAX: [REDACTED]

In Uso Innovazione Infungibile (*)

(*) Per prodotto infungibile si intende un bene o dispositivo medico, etc..., che per la sua specifica identità non è sostituibile con un altro similare nello svolgimento di una determinata funzione.

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE

Il Sottoscritto Dr./Prof GALUCCIO GIOVANNI Dirigente Medico, dichiara sotto la propria responsabilità che il Prodotto qui descritto è infungibile in quanto specificamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione; al riguardo indicare:

- Denominazione del Macchinario SPIROMETRI (AREFUSION)
- Modello V-MAX
- Codice di Inventario aziendale 100053 - 100054

Data, 04/10/2018

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO
[REDACTED]

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)
TUBO x RIDUTTORE DI PRESSIONE BMB CODICE : 770215
CODICE AZIENDALE: M4224

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:
MATERIALE GIÀ IN USO FACENTE PARTE DELLA DOTAZIONE DELLO SPIROMETRO

3. FINALITA D'USO:

ESECUZIONE ESAMI SECONDO PARAMETRI DI SICUREZZA

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

CAREFUSION ITALY

CODICE: 7F0215

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1

- Fabbisogno annuo 1

- Consumo medio mensile _____

N.B: SALVO QUANTO APPARECCHIATURA

0

6. CODICE DI PROCEDURA UTILIZZATO PER LA CODIFICA DEL RAD:

CAPO SALA/CAPO TECNICO

[Redacted signature]

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

[Redacted signature]

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data, Rome 04/10/2018

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

€ 200,00

- Stima del costo di acquisto € _____ (+ IVA)

- Incidenza sul budget negoziato: _____

RESPONSABILE PROVVEDITORE

.....

RESPONSABILE SC FARMACIA PER I
DISPOSITIVI BIOMEDICI E PRESIDII

Data,

SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI MEDICI DEDICATI AD APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI

(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)

Dipartimento o Struttura Complessa MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA UVE AEREE
 Codice e descrizione Centro di costo 3151014101610003
 Dirigente Dot. GALUCCIO GIOVANNI Tel. [REDACTED] Fax [REDACTED]
 Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto €

In Uso Innovazione Infungibile (*)
 * TEL. CAPOSAU: [REDACTED] FAX: [REDACTED]

(*) Per prodotto infungibile si intende un bene o dispositivo medico, etc..., che per la sua specifica identità non è sostituibile con un altro simile nello svolgimento di una determinata funzione.

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE

Il Sottoscritto Dr./Prof. GALUCCIO GIOVANNI Dirigente Medico, dichiara sotto la propria responsabilità che il Prodotto qui descritto è infungibile in quanto specificamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione; al riguardo indicare:

- Denominazione del Macchinario SPIROMETRI CAREFUSION
- Modello V-MAX CAREFUSION
- Codice di Inventario aziendale 100053 - 100054

Data, 04/10/2018

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)

SENSORE O₂ ELECTROCHEMICAL V-MAX CODICE: 776206

CODICE AZIENDALE: 230551

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

MATERIALE GIÀ IN USO FACENTE PARTE DELLA DOTAZIONE DELLO SPIROMETRO

3. FINALITÀ D'USO:

ESECUZIONE TEST SPIROMETRIA SECONDO PARAMETRI DI QUALITÀ

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

CARE FUSION ITALY

CODICE: 776206

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1
- Fabbisogno annuo 1 N.B.: SAUO QUASTO APPARECCHIATURA
- Consumo medio mensile 0

6. CODICE DI PROCEDURA UTILIZZATO PER LA CODIFICA DEL RAD:

OSPEDALE S. NICCOLO' S. SALVATORE
 CAPO SALVATORE
 [Redacted]

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
 STRUTTURA COMPLESSA
 [Redacted]

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data, 04/10/2018

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

€ 585,00

- Stima del costo di acquisto € _____ (+ IVA)
- Incidenza sul budget negoziato: _____

RESPONSABILE PROVVEDITORE

RESPONSABILE SC FARMACIA PER I
DISPOSITIVI BIOMEDICI E PRESIDI

Data,

**SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI MEDICI DEDICATI
 AD APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI**

(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)

Dipartimento o Struttura Complessa MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE
 Codice e descrizione Centro di costo B311014101610103
 Dirigente DOTT. GALUCCIO GIOVANNI Tel. [REDACTED] Fax
 Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto _____ €
 & TEL. APOSA: [REDACTED] FAX: [REDACTED]

In Uso

Innovazione

Infungibile (*)

(*) Per prodotto infungibile si intende un bene o dispositivo medico, etc..., che per la sua specifica identità non è sostituibile con un altro simile nello svolgimento di una determinata funzione.

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE

Il Sottoscritto Dr./Prof GALUCCIO GIOVANNI Dirigente Medico,
 dichiara sotto la propria responsabilità che il Prodotto qui descritto è infungibile in quanto specificamente
 dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione; al riguardo indicare:

- Denominazione del Macchinario SPIROMETRE CAREFUSION
- Modello V-MAX CAREFUSION
- Codice di Inventario aziendale 100053-100054

Data, 04/10/2018

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO
[REDACTED]

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)
TUBO x RIDUTTORE DI PRESSIONE BORBOIA O₂ CODICE: FF0841
CODICE AZIENDALE: 114225

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:
MATERIALE GIÀ IN USO FACENTE PARTE DELLA DOTAZIONE
DELLO SPIROMETRO

3. FINALITÀ D'USO:

ESECUZIONE ESAMI SECONDO PARAMETRI DI SICUREZZA

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

CAREFUSION ITALY
CODICE: FF0841

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1
- Fabbisogno annuo 1 N.B. SALVO GUASTO APPARECCHIO
- Consumo medio mensile 0

6. CODICE DI PROCEDURA UTILIZZATO PER LA CODIFICA DEL RAD:

CAPO SALA / CAPO TECNICO
 AMPLIATO OSPEDALIERO
 ANNI - ADDOLORATA
 SALA
 FRONT

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data, 04/10/2018

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

€ 252,00

- Stima del costo di acquisto € _____ (+ IVA)
- Incidenza sul budget negoziato: _____

RESPONSABILE PROVVEDITORE

.....

RESPONSABILE SC FARMACIA PER I
DISPOSITIVI BIOMEDICI E PRESIDI

Data,

SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI MEDICI DEDICATI AD APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI

(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)

Dipartimento o Struttura Complessa UNITÀ APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE
 Codice e descrizione Centro di costo 311014101910103
 Dirigente Dot. GALLUCCIO GIOVANNI Tel. [REDACTED] Fax [REDACTED]
 Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto € TEL. CAPOALA; [REDACTED] FAX: [REDACTED]

In Uso Innovazione Infungibile (*)

(*) Per prodotto infungibile si intende un bene o dispositivo medico, etc..., che per la sua specifica identità non è sostituibile con un altro similare nello svolgimento di una determinata funzione.

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE

Il Sottoscritto Dr./Prof. GALLUCCIO GIOVANNI Dirigente Medico, dichiara sotto la propria responsabilità che il Prodotto qui descritto è infungibile in quanto specificamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione; al riguardo indicare:

- Denominazione del Macchinario SPIROMETRI CARE FUSION
- Modello V-HAR
- Codice di Inventario aziendale 100053-100054

Data, 04/10/2018

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO
 [REDACTED]

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)
TRASDUTTORE DI FLUSSO SENZA CAVO CODICE: 775274
CODICE AZIENDALE: 103851

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:
MATERIALE GIÀ IN USO FACENTE PARTE DELLA DOTAZIONE
DELLO SPIROMETRO

3. FINALITÀ D'USO:

ESECUZIONE SPIROMETRIE SECONDO PARAMETRI DI QUALITÀ

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

CAREFUSION ITALY

CODICE 1 775274

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1

- Fabbisogno annuo 1

- Consumo medio mensile 1

6. CODICE DI PROCEDURA UTILIZZATO PER LA CODIFICA DEL RAD:

CAPO SALA/CAPO TECNICO

[Redacted signature]

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

[Redacted signature]

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data, 04/10/2018

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

- Stima del costo di acquisto € _____ (+ IVA)

- Incidenza sul budget negoziato: _____

€ 845,75

RESPONSABILE PROVVEDITORE

.....

RESPONSABILE SC FARMACIA PER I
DISPOSITIVI BIOMEDICI E PRESIDI

Data,



SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI MEDICI DEDICATI AD APPARECCHIATURE ELETTRONOMICALE

(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)

Dipartimento o Struttura Complessa MANTIE APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE

Codice e descrizione Centro di costo B311014101610103

Dirigente DR. GALUCCIO GIOVANNI Tel. [REDACTED] Fax [REDACTED]

Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto e

In Uso * TEL. CAROSATI: [REDACTED] FAX: [REDACTED]

Innovazione Infungibile (*)

(*) Per prodotto infungibile si intende un bene o dispositivo medico, etc..., che per la sua specifica identità non è sostituibile con un altro similare nello svolgimento di una determinata funzione.

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE

Il Sottoscritto Dr./Prof GALUCCIO GIOVANNI Dirigente Medico,
 dichiara sotto la propria responsabilità che il Prodotto qui descritto è infungibile in quanto specificamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione; al riguardo indicare:

- Denominazione del Macchinario SPIROMETRI CAREFUSION
- Modello V-MAX CAREFUSION
- Codice di Inventario aziendale 100053- 100054

Data, 04/10/2018

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO
[REDACTED]

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)
GRUPPO VALVOLARE PAZIENTE COMPLETO. CODICE: 775323
CODICE AZIENDALE: M1998

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:
MATERIALE GIÀ IN USO PAZIENTE PARTE DELLA DOTAZIONE
DELLA SPIROMETRO

3. FINALITÀ D'USO:

ESECUZIONE TEST SPIROMETRICI
SECONDO PARAMETRI DI QUALITÀ

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

CAREFUSION ITALY
CODICE : 775323

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1
- Fabbisogno annuo 1 N.B. SALVO GUASTO APPARECCHIATURA
- Consumo medio mensile 0

6. CODICE DI PROCEDURA UTILIZZATO PER LA CODIFICA DEL RAD:

CAPO SALA / CAPO TECNICO
OSPEDALIERO
DOLORATA
LEONI

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data, 04/10/2018

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

€826,50

- Stima del costo di acquisto € _____ (+ IVA)
- Incidenza sul budget negoziato: _____

RESPONSABILE PROVVEDITORE

.....

RESPONSABILE SC FARMACIA PER I
DISPOSITIVI BIOMEDICI E PRESID

Data,

**SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI MEDICI DEDICATI
AD APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI**

(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)

| | | | |
|--|------------------------|--|------------|
| Dipartimento o Struttura Complessa | | MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE | |
| Codice e descrizione Centro di costo | | 1311014101610103 | |
| Dirigente | Dot. GALUCCIO GIOVANNI | Tel. | [REDACTED] |
| Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto | | € | |

In Uso

TEL. CARSAIA: [REDACTED]

FAX [REDACTED]

Infungibile (*)

(*) Per prodotto infungibile si intende un bene o dispositivo medico, etc..., che per la sua specifica identità non è sostituibile con un altro simile nello svolgimento di una determinata funzione.

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE

Il Sottoscritto Dr./Prof. GALUCCIO GIOVANNI Dirigente Medico, dichiara sotto la propria responsabilità che il Prodotto qui descritto è infungibile in quanto specificamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione; al riguardo indicare:

- Denominazione del Macchinario SPIROMETRI CARE FUSION
- Modello V-MAX CARE FUSION
- Codice di Inventario aziendale 100053-100054

Data, 04/10/2018

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

[REDACTED SIGNATURE]

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)

CAVO PER FLESSOMETRO DI MASSA COD: 770278-101

CODICE AZIENDALE: 114226

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

MATERIALE GIÀ IN USO FACENTE PARTE DELLA DOTAZIONE DELLO SPIROMETRO

3. FINALITÀ D'USO:

ESECUZIONE TEST SPIROMETRIA SECONDO PARAMETRI DI QUALITÀ

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

CAREFUSION ITALY

CODICE: 770278-101 / CODICE AZIENDALE: 114226

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1
- Fabbisogno annuo 1 - SALVO QUASIO APPARECCHIATURA
- Consumo medio mensile 0

6. CODICE DI PROCEDURA UTILIZZATO PER LA CODIFICA DEL RAD:

CAPO SALA/CAPOTECNICO
 PLESSO OSPEDALIERO
 GIOVANNI - ADDOLORATA
 SALA
 LEONI

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data, 04/10/2018

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

€ 284,10

- Stima del costo di acquisto € _____ (+ IVA)
- Incidenza sul budget negoziato: _____

RESPONSABILE PROVVEDITORE

RESPONSABILE SC FARMACIA PER I
DISPOSITIVI BIOMEDICI E PRESIDII

Data,



SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI MEDICI DEDICATI AD APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI

(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)

| | | | |
|--|--|------|------------|
| Dipartimento o Struttura Complessa | MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE | | |
| Codice e descrizione Centro di costo | 1311014101610103 | | |
| Dirigente | DOT. GALUCCIO GIOVANNI | Tel. | [REDACTED] |
| | | Fax | [REDACTED] |
| Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto | € [REDACTED] | | |

 In Uso

 Innovazione

 Infungibile (*)

(*) Per prodotto infungibile si intende un bene o dispositivo medico, etc..., che per la sua specifica identità non è sostituibile con un altro similare nello svolgimento di una determinata funzione.

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE

Il Sottoscritto Dr./Prof. GALUCCIO GIOVANNI Dirigente Medico, dichiara sotto la propria responsabilità che il Prodotto qui descritto è infungibile in quanto specificamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione; al riguardo indicare:

- Denominazione del Macchinario SPIROMETRI CARE FUSION
- Modello V-MAX CARE FUSION
- Codice di Inventario aziendale 100053 - 100054

Data, 04/10/2018

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

[REDACTED]

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)
TUBO x RIDUTTORE DI PRESSIONE E ATTACCO A BALONETTA COD: 769715
CODICE AZIENDALE: 114221

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

MATERIALE GIÀ IN USO FACENTE PARTE DELLA DOTAZIONE
DELLO SPIROMETRO

3. FINALITA' D'USO:

ESECUZIONE TEST SPIROMETRICI SECONDO PARAMETRI DI QUALITA' E SICUREZZA

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

CAREFUSION ITALY
CODICE: 769715

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1
- Fabbisogno annuo 1 U.B. SALVO GNASTO APPARECCHIATURA
- Consumo medio mensile 0

6. CODICE DI PROCEDURA UTILIZZATO PER LA CODIFICA DEL RAD:

ZIENDA OSPEDALIERA
IMPIANTO APP. TECNICO
CAPO SALA - ADIUTTO ALIERO
CAPO SALA
VI. N. B. ...

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data, 04/10/2018

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

€ 260,00

- Stima del costo di acquisto € _____ (+ IVA)
- Incidenza sul budget negoziato: _____

RESPONSABILE PROVVEDITORE

.....

RESPONSABILE SC FARMACIA PER I
DISPOSITIVI BIOMEDICI E PRESIDII

Data,

**SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI MEDICI DEDICATI
AD APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI**

(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)

Dipartimento o Struttura Complessa MAIUTTE APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE

Codice e descrizione Centro di costo 311014016190103

Dirigente Dot. GALUCCIO GIOVANNI Tel. [REDACTED] Fax

Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto e [REDACTED]

In Uso

Innovazione

Infungibile (*)

(*) Per prodotto infungibile si intende un bene o dispositivo medico, etc..., che per la sua specifica identità non è sostituibile con un altro simile nello svolgimento di una determinata funzione.

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE

Il Sottoscritto Dr./Prof. GALUCCIO GIOVANNI Dirigente Medico, dichiara sotto la propria responsabilità che il Prodotto qui descritto è infungibile in quanto specificamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione; al riguardo indicare:

- Denominazione del Macchinario SPIROMETRI CAREFUSION
- Modello V MAX - CAREFUSION
- Codice di Inventario aziendale 100053 - 100054

Data, 04/10/2018

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO
[REDACTED]

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)

FILTRO ANTIBATTERICO x SPIROMETRIA, CODICE: FE1505

CODICE AZIENDALE: 101698

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

MATERIALE MONOUSO ADATTABILE ALLO SPIROMETRO

IN DOTAZIONE

3. FINALITÀ D'USO:

PREVENZIONE INFEZIONI OSPEDALIERE

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

CAREFUSION ITALY
CODICE : FF 15 05

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1
- Fabbisogno annuo 8000
- Consumo medio mensile 800

6. CODICE DI PROCEDURA UTILIZZATO PER LA CODIFICA DEL RAD:

CAPO SALA/CAPO TECNICO
 OSPEDALE
 IMPIANTO OSPEDALIERO
 COLORATA
 WALTER LEONI

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data, 04/10/2018

Da compilarsi a cura del Provveditore

€ 1,192

COSTI:

- Stima del costo di acquisto € 8.536,00 (+ IVA)
- Incidenza sul budget negoziato: _____

RESPONSABILE PROVVEDITORE

.....

RESPONSABILE SC FARMACIA PER I
DISPOSITIVI BIOMEDICI E PRESIDII

Data,



SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI MEDICI DEDICATI AD APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI

(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)

| | | | |
|--|--|------|--------------------------------|
| Dipartimento o Struttura Complessa | MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE | | |
| Codice e descrizione Centro di costo | B11101419619903 | | |
| Dirigente | DOT. GALLUCCIO GIOVANNI | Tel. | [REDACTED] Fax [] [] [] [] |
| Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto | € | | |

In Uso

* TEL. CAPOSALE: [REDACTED]

FAX: [REDACTED]

Innovazione

Infungibile (*)

(*) Per prodotto infungibile si intende un bene o dispositivo medico, etc..., che per la sua specifica identità non è sostituibile con un altro simile nello svolgimento di una determinata funzione.

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE

Il Sottoscritto Dr./Prof. GALLUCCIO GIOVANNI Dirigente Medico, dichiara sotto la propria responsabilità che il Prodotto qui descritto è infungibile in quanto specificamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione; al riguardo indicare:

- Denominazione del Macchinario SPIROMETRI CAREFUSION
- Modello V-MAX CAREFUSION
- Codice di Inventario aziendale 100053 - 100054

Data, 04/10/2018

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO
[REDACTED]

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)

BOCCAGLIO IN GOMMA PER FILTRI MONOUSO - X SPIROMETRIA
CODICE AZIENDALE : 105676

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

MATERIALE MONOUSO ADATTABILE ALLO SPIROMETRO IN DOTAZIONE

ESECUZIONE TEST SPIROMETRICA SECONDO LE LINEE GUIDA
TECNICHE E PREVENZIONI INFEZIONI

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

CAREFUSION ITALY

CODICE AZIENDALE: 105576

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1

- Fabbisogno annuo 6000

- Consumo medio mensile 600

6. CODICE DI PROCEDURA UTILIZZATO PER LA CODIFICA DEL RAD:

CAPO SALA/CAPO TECNICO

[Redacted signature]

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

[Redacted signature]

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

OSPEDALE
GIOVANNI-ADDOLORATA
CAPO SALA
WALTER LEONI

Data, 04/10/2018

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

0.5552

- Stima del costo di acquisto € 3831,70 (+ IVA)

- Incidenza sul budget negoziato: _____

RESPONSABILE PROVVEDITORE

.....

RESPONSABILE SC FARMACIA PER I
DISPOSITIVI BIOMEDICI E PRESIDII

Data,

SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI MEDICI DEDICATI AD APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI

(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)

Dipartimento o Struttura Complessa MAIATTIE APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIE VIE AEREE
 Codice e descrizione Centro di costo 1311014106103
 Dirigente Dot. GALUCCIO GIOVANNI Tel. [REDACTED] Fax [REDACTED]
 Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto € [REDACTED]

In Uso

TEL. CAROSAU: [REDACTED]

Innovazione

FAX: [REDACTED]

Infungibile (*)

(*) Per prodotto infungibile si intende un bene o dispositivo medico, etc..., che per la sua specifica identità non è sostituibile con un altro similare nello svolgimento di una determinata funzione.

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE

Il Sottoscritto Dr./Prof. GALUCCIO GIOVANNI Dirigente Medico, dichiara sotto la propria responsabilità che il Prodotto qui descritto è infungibile in quanto specificamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione; al riguardo indicare:

- Denominazione del Macchinario SPIROMETRI CAREFUSION
- Modello V-MAX CAREFUSION
- Codice di Inventario aziendale 100053-100054

Data, 04/10/2018

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO
 [REDACTED SIGNATURE]

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)
TUBO CAMPIONAMENTO GAS CODICE: 769103 EX 799103
* SPIROMETRO
CODICE AZIENDALE: 104161

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:
MATERIALE GIÀ IN USO FACENTE PARTE DELLA DOTAZIONE DELLO SPIROMETRO



SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI MEDICI DEDICATI AD APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI

(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)

Dipartimento o Struttura Complessa MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE

Codice e descrizione Centro di costo 3121014101610103

Dirigente Dott. GALUCCIO GIOVANNI Tel. [REDACTED] Fax [REDACTED]

Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto € [REDACTED]

In Uso

Innovazione

Infungibile (*)

(*) Per prodotto infungibile si intende un bene o dispositivo medico, etc..., che per la sua specifica identità non è sostituibile con un altro simile nello svolgimento di una determinata funzione.

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE

Il Sottoscritto Dr./Prof. GALUCCIO GIOVANNI Dirigente Medico,
 dichiara sotto la propria responsabilità che il Prodotto qui descritto è infungibile in quanto specificamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione; al riguardo indicare:

- Denominazione del Macchinario SPIROMETRI CAREFUSION
- Modello V-MAX CAREFUSION
- Codice di Inventario aziendale 100053-100054

Data, 04/10/2018

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO
[REDACTED]

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)
VALVOLINA PER SPIROMETRO CODICE: 7F5319/S EX 769121
CODICE AZIENDALE: 104160

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:
MATERIE GIÀ IN USO FACENTE PARTE DELLA DOTAZIONE
DELLA SPIROMETRO

3. FINALITÀ D'USO:

ESECUZIONE ESAMI SECONDO PARAMETRI DI QUALITÀ

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

CARE FUSION ITALY CODICE: 775319/s EX 769121

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1
- Fabbisogno annuo 8
- Consumo medio mensile 1

6. CODICE DI PROCEDURA UTILIZZATO PER LA CODIFICA DEL RAD:

CAPO SALA CAPO TECNICO
 SALA POLORATA
 [Redacted]

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
 STRUTTURA COMPLESSA
 [Redacted]

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data, .. 04/10/2018

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

138,55

- Stima del costo di acquisto € 1150,40 (+ IVA)
- Incidenza sul budget negoziato: _____

RESPONSABILE PROVVEDITORE

RESPONSABILE SC FARMACIA PER I
DISPOSITIVI BIOMEDICI E PRESID

Data, ..

**SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI MEDICI DEDICATI
AD APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI**

(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)

Dipartimento o Struttura Complessa MANTEN APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE

Codice e descrizione Centro di costo 311014960003

Dirigente DOTT. GALUCCIO GIOVANNI Tel. [REDACTED] Fax

Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto e

TEL. CAPOSALA: [REDACTED] FAX: [REDACTED]

In Uso Innovazione Infungibile (*)

(*) Per prodotto infungibile si intende un bene o dispositivo medico, etc..., che per la sua specifica identità non è sostituibile con un altro similare nello svolgimento di una determinata funzione.

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE

Il Sottoscritto Dr./Prof. GALUCCIO GIOVANNI Dirigente Medico,
dichiara sotto la propria responsabilità che il Prodotto qui descritto è infungibile in quanto specificamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione; al riguardo indicare:

- Denominazione del Macchinario SPIROMETRI CAREFUSION
- Modello V-MAX CAREFUSION
- Codice di Inventario aziendale 100053 - 100054

Data, 04/10/2018

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO
[REDACTED]

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)
VALVOIA A PALLONCINO + GRUPPO VALVOIARE CODICE: FF5319

CODICE AZIENDALE: 94448

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:
MATERIALE GIÀ IN USO FACENTE PARTE DELLA DOTAZIONE
DELLO SPIROMETRO

ATTUALITÀ D'USO:

ESECUZIONE ESAMI SECONDO PARAMETRI DI QUALITÀ

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

CAREFUSION ITALY

CODICE: 775319

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1

- Fabbisogno annuo 22

- Consumo medio mensile 2

6. CODICE DI PROCEDURA UTILIZZATO PER LA CODIFICA DEL RAD:

CAPO SALA/CAPO TECNICO
P.O. OSPEDALIERO
DOLORATI
PER LEONI

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data, 04/10/2018

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

138,55

- Stima del costo di acquisto € 3048,10 (+ IVA)

- Incidenza sul budget negoziato: _____

RESPONSABILE PROVVEDITORE

RESPONSABILE SC FARMACIA PER I
DISPOSITIVI BIOMEDICI E PRESIDII

Data, _____

**SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI MEDICI DEDICATI
AD APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI**

(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)

| | | | |
|--|-------------------------|--|---|
| Dipartimento o Struttura Complessa | | MANUTENZIONE APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE | |
| Codice e descrizione Centro di costo | | 31101410161013 | |
| Dirigente | DOTT. GALUCCIO GIOVANNI | Tel. | [REDACTED] |
| Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto | | Fax | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | | € | [REDACTED] |

*

In Uso

* TEL. CAPOSAIA: [REDACTED]
 Innovazione

FAX: [REDACTED]

Infungibile (*)

(*) Per prodotto infungibile si intende un bene o dispositivo medico, etc..., che per la sua specifica identità non è sostituibile con un altro similare nello svolgimento di una determinata funzione.

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE

Il Sottoscritto Dr./Prof. GALUCCIO GIOVANNI Dirigente Medico, dichiara sotto la propria responsabilità che il Prodotto qui descritto è infungibile in quanto specificamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione; al riguardo indicare:

- Denominazione del Macchinario SPIROMETRI CAREFUSION
- Modello V-MAX CAREFUSION
- Codice di Inventario aziendale 100053-100054

Data, 04/10/2018

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

[REDACTED SIGNATURE]

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)

TUBO PER RILEVATORE DIREZIONE: CONCE: 769288 EX: 799288
CODICE AZIENDALE: 104162

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

MATERIALE GIÀ IN USO FACENTE PARTE DELLA DOTAZIONE DELLO SPIROMETRO

3. FINALITÀ D'USO:

ESECUZIONE ESAMI SECONDO PARAMETRI DI SICUREZZA

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

CAREFUSION ITALY CODICE: 769288 EX: 799288

CODICE AZIENDALE: 104162

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1

- Fabbisogno annuo 10

- Consumo medio mensile 1

6. CODICE DI PROCEDURA UTILIZZATO PER LA CODIFICA DEL RAD:

CLINICA OSPEDALIERA
IMPIANTO OSPEDALIERO
ROVANNI - ADDETTI
CAPO SALA
PACIFER LEONARDI

CAPO SALA

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data, 04/10/2018

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

188,70

- Stima del costo di acquisto € 1887,00 (+ IVA)

- Incidenza sul budget negoziato: _____

RESPONSABILE PROVVEDITORE

RESPONSABILE SC FARMACIA PER I
DISPOSITIVI BIOMEDICI E PRESIDI

Data, _____

**SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI MEDICI DEDICATI
AD APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI**

(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)

| | | | |
|--|------------------------|--|------------|
| Dipartimento o Struttura Complessa | | MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE | |
| Codice e descrizione Centro di costo | | P3101410161013 | |
| Dirigente | DOT. GALUCCIO ENOQUANI | Tel. | [REDACTED] |
| Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto | | € | |

In Uso

Innovazione

Infungibile (*)

(*) Per prodotto infungibile si intende un bene o dispositivo medico, etc..., che per la sua specifica identità non è sostituibile con un altro simile nello svolgimento di una determinata funzione.

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE

Il Sottoscritto Dr./Prof. GALUCCIO ENOQUANI Dirigente Medico, dichiara sotto la propria responsabilità che il Prodotto qui descritto è infungibile in quanto specificamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione; al riguardo indicare:

- Denominazione del Macchinario SPIROMETRI CAREFUSION
- Modello V-MAX CAREFUSION
- Codice di Inventario aziendale 100053-100054

Data, 04/10/2018

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)

TUBO ASSY S_e / S_i PERIAPURE CODICE : FF 2551

CODICE AZIENDALE : 118354

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

MATERIALE GIÀ IN USO FACENTE PARTE DELLA DOTAZIONE

DELO SPIROMETRO

3. FINALITÀ D'USO:

ESECUZIONE ESAMI SECONDO PARAMETRI DI SICUREZZA

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

CARE FUSION ITALY CODICE: 772551

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1
- Fabbisogno annuo 12
- Consumo medio mensile

6. CODICE DI PROCEDURA UTILIZZATO PER LA CODIFICA DEL RAD:

CAPO SALA TECNICO
Azienda Ospedaliera
Policlinico
S. Maria Goretti
L. 15/01/2014

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data, ... 04/10/2018

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

181,50

- Stima del costo di acquisto € 182,80 (+ IVA)
- Incidenza sul budget negoziato:

RESPONSABILE PROVVEDITORE

RESPONSABILE SC FARMACIA PER I
DISPOSITIVI BIOMEDICI E PRESIDI

Data,



SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI MEDICI DEDICATI AD APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI

(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)

| | | | |
|--|--|------|--|
| Dipartimento o Struttura Complessa | MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIA AEREE | | |
| Codice e descrizione Centro di costo | B14041061013 | | |
| Dirigente | DOTT. GALUCCIO GIOVANNI | Tel. | [REDACTED] Fax <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto | € | | |

 In Uso

 TEL. [REDACTED]

FAX: [REDACTED]

 Innovazione

 Infungibile (*)

(*) Per prodotto infungibile si intende un bene o dispositivo medico, etc..., che per la sua specifica identità non è sostituibile con un altro simile nello svolgimento di una determinata funzione.

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE

Il Sottoscritto Dr./Prof. GALUCCIO GIOVANNI Dirigente Medico, dichiara sotto la propria responsabilità che il Prodotto qui descritto è infungibile in quanto specificamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione; al riguardo indicare:

- Denominazione del Macchinario SPIROMETRI CAREFUSION
- Modello V-MAX CAREFUSION
- Codice di Inventario aziendale 100053 - 100054

 Data, 04/10/2018

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

[REDACTED SIGNATURE]

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)

TUBO CORRUGATO TRASPARENTE PER FRC e DLCO
CODICE 1770804-101/s
CODICE AZIENDALE 112689

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

MATERIALE GIÀ IN USO FACENTE PARTE DELLA DOTAZIONE
DELLO SPIROMETRO

3. FINALITÀ D'USO:

ESECUZIONE ESAME SECONDO PARAMETRI DI SICUREZZA

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

CAREFUSION ITALY CONCE: 770804-101/5
CODICE AZIENDALE: 112689

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1
- Fabbisogno annuo 5
- Consumo medio mensile _____

6. CODICE DI PROCEDURA UTILIZZATO PER LA CODIFICA DEL RAD:

CAPO SALA CAPO TECNICO
[Redacted Signature]

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA
[Redacted Signature]

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data, 04/10/2018

Da compilarsi a cura del Provveditore

33,15

COSTI:

- Stima del costo di acquisto € 165,75 (+ IVA)
- Incidenza sul budget negoziato: _____

RESPONSABILE PROVVEDITORE

.....

RESPONSABILE SC FARMACIA PER I
DISPOSITIVI BIOMEDICI E PRESIDII

Data,