



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		€	
* TEL. CAPOSAU' [REDACTED]		FAX: [REDACTED]	
<input type="checkbox"/> In Uso	<input type="checkbox"/> Innovazione	<input checked="" type="checkbox"/> 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)

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 : 799846

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

[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

€ 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 OSPEDALLIERO
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 DOCT. 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 : 7 F0215
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 N.B: SALVO QUANTO APPARECCHIATURA
- Consumo medio mensile 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 € [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)
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:

CAPO SALVAGUARDIA
 PLESSO OSPEDALINICO
 GIOVANNI CRISTOFALIERO
 SALVAGUARDIA

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

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 DOCT. GALUCCIO GIOVANNI Tel. [REDACTED] Fax [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 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 QUANTO 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 UNITA' APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE
 Codice e descrizione Centro di costo 311014101910103
 Dirigente Dot. GALLUCCIO GIOVANNI Tel. [REDACTED] Fax [] [] [] []
 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 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)

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 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 MANTIE APPARATO RESPIRATORIO ED ENDOSCOPIA VIE AEREE

Codice e descrizione Centro di costo B311014101610103

Dirigente DR. GALUCCIO GIOVANNI Tel. [REDACTED] Fax

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
- 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 : 755323

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. CARSA : [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:

UFFICIO TECNICO
 CAPO SALA/CAPISALA
 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 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	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 - ADIUTTORI
CAPO SALA - ADIUTTORI
CAPO SALA

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data, 04/04/2018

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: FE2505

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
IMPIANTO OSPEDALIERO
COMPLESSO 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	€ [REDACTED]		

 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: FF5319/S EX769121
CODICE AZIENDALE: 104160

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:
MATERIE 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:

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
 SALA POLORATA

[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:

138,55

- Stima del costo di acquisto € 1157,40 (+ 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 ELETTRONOMICHE

(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 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]
[REDACTED]

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)
VALVOLE A PALLONCINO + GRUPPO VALVOLE CODICE: FF5319
CODICE AZIENDALE: 94448

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:
MATERIALE GIÀ IN USO FACENTE PARTE DELLA DOTAZIONE
DELLA 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. GAUCCIO 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. 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. GAUCCIO 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
PACETER LEONARDO

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 13101410161013

Dirigente DOT. GALUCCIO GIOVANNI Tel. [REDACTED] Fax *

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 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)

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
Lazio

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data, ... 04/10/2018

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

- Stima del costo di acquisto € 3182,80 (+ IVA)
- Incidenza sul budget negoziato:

181,50

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 CODICE: 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,