

U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi

Prot. 29912

del 18.09.2019

Avviso esplorativo per acquisizione beni infungibili procedura negoziata telematica tramite MePA, senza previa pubblicazione del bando di gara

Il presente avviso esplorativo è finalizzato alla verifica dell'esistenza di ulteriori prodotti rispetto ai dispositivi conosciuti e di seguito indicati – aventi specifiche tecniche “equivalenti” a quelle sotto descritte

I. **PREMESSA:** il presente Avviso persegue gli obiettivi di cui all'art. 66, comma 1 del D.Lvo 50/2016 e smi. Le consultazioni preliminari di mercato sono volte a confermare l'esistenza dei presupposti che consentono ai sensi dell'art. 63, comma 1, D.Lgs 50/2016 e smi il ricorso alla procedura negoziata senza pubblicazione del bando ovvero individuare l'esistenza di soluzioni alternative.

II. **OGGETTO DELLA FORNITURA: CONSUMABILI PER APPARECCHIATURE**

III. **INDICAZIONI ED ESIGENZE FUNZIONALI E PRESTAZIONALI:** vedasi schede allegate

IV. **DESCRIZIONE DELLE CARATTERISTICHE TECNICHE:** vedasi schede allegate

V. **DENOMINAZIONE DEL PRODUTTORE:** vedasi schede allegate

Gli operatori economici che ritengano di produrre e/o commercializzare materiali/dispositivi aventi caratteristiche funzionalmente equivalenti, dovranno far pervenire entro il **03/10/2019 h. 12:00** all'indirizzo pec ao.sga@pec.hsangiovanni.roma.it le manifestazioni di interesse, debitamente firmate digitalmente dal titolare o rappresentante legale dell'Impresa indicando il numero di protocollo del presente avviso, l'oggetto “Manifestazione di interesse a partecipare alla procedura negoziata per la **Fornitura di CONSUMABILI PER APPARECCHIATURE - AVENDO CURA DI INDICARE IL PRODOTTO** (come denominato nelle schede allegate) unitamente alla seguente documentazione :

- a) scheda tecnica del prodotto/dei prodotti in lingua italiana (o tradotta);
- b) Codice rilasciato dal fornitore, eventuale CND di appartenenza, eventuale numero attribuito dal repertorio dei dispositivi medici (se del caso);
- c) Dichiarazione attestante l'equivalenza prestazionale e cioè che le caratteristiche del materiale ottemperino in maniera equivalente alle esigenze di natura manutentiva per le quali è richiesta la fornitura (D.Lgs 50/2016, art. 68, c6), esplicativa e dettagliata;
- d) Studi scientifici, tecnici o altro materiale, a corredo della ritenuta e dichiarata equivalenza funzionale.

Requisiti di partecipazione: ai fini della partecipazione alla procedura di gara in questione è richiesta:

- iscrizione alla Camera di Commercio, Industria, Artigianato ed Agricoltura per lo specifico settore di attività oggetto dell'appalto;
- assenza delle cause ostative alla partecipazione alle gare pubbliche di cui all'art. 80 del D.Lgs. n. 50/2016 e smi;
- l'abilitazione al Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MEPA) di Consip Spa e, in particolare, l'iscrizione al Bando "Beni –Fornitura di BENI alle P.A."

Per qualsiasi ulteriore informazione contattare la UOC Acquisizione di Beni e Servizi, tel. 0677053620, acquisizionebenieservizi@hsangiiovanni.roma.it.

FJ0

Il Direttore ff della UOC
Acquisizione di Beni e Servizi
(Dr. Paolo Cavallari)

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs n. 196/2003 e smi, i dati personali conferiti dai candidati saranno trattati, anche con strumenti informatici, per le finalità e le modalità previste dal presente procedimento e per lo svolgimento dell'eventuale successivo rapporto contrattuale. Ad ogni modo ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 e smi si informa che:

- 1) il trattamento dei dati personali dei candidati è finalizzato unicamente all'individuazione di un operatore economico per l'eventuale successivo affidamento della fornitura;
- 2) il trattamento sarà effettuato dal personale degli uffici competenti nei limiti necessari a perseguire le sopra citate finalità, con modalità e strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati;
- 3) i dati portano essere comunicati o portati a conoscenza dei Responsabili o incaricati o di dipendenti coinvolti a vario titolo nella fornitura da affidare;
- 4) all'operatore economico interessato sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs n. 196/2003;
- 5) eventuali informazioni e chiarimenti potranno essere richiesti al seguente indirizzo di posta acquisizionebenieservizi@hsangiiovanni.roma.it.

Schede iperfornite con
Nota Prot. 26843 del 8/8/19

MOD. Osp11



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

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

Dipartimento o Struttura Complessa	U.O.C. EMATOLOGIA		
Codice e descrizione Centro di costo	317011010101		
Dirigente	L. CUDILLO	Tel. [] [] [] [] [] []	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. LAURA CUDILLO 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 IR TYMPANIC THERMOMETERS
- Modello GENIUS 2
- Codice di Inventario aziendale NON INVENTARIATE

Data, 5/12/19

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

Azienda (Ospedale)

UOC Ematologia
Direttore
Dott.ssa Laura Cudillo

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

TYMPANIC THERMOMETER - TERMOMETRO TIPIPANICO
A RAGGI INFRAROSSI

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

SONDAX THERMOMETRO CON LOPPI Sonda TIPIPANICO
INFRAROSSI

SI RICHIEDE ANCHE APPARECCHIO IN LOCODATO D'USO
CON TARATURA PERIODICA

3. FINALITÀ D'USO:

RILEVAMENTO TEMPERATURA IN 5 SECONDI
IN MODI ASETTICO

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

COVIDIEN REF 303030
94349

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1/NO
- Fabbisogno annuo 8.000
- Consumo medio mensile

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

ASSUNTO

SI PRECA di Abbreviare tutti nomi e codici di riferimento del documento.

CAPO SALA, CAPO TECNICO
V. MARIA OSPEDALIERA
COMPLESSO S. GIUSEPPE

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
Azienda Ospedaliera
S. Giovanni Addolorato
Linda

Dott.ssa Laura Cudillo

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
S. AZIENDA OSPEDALIERA
S. GIUSEPPE
SAR

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

UOC Farmacologia
Direttore
Dott.ssa Laura Cudillo

Data

Da compilarsi a cura del Provveditore

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 DI USO SPECIALISTICO

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

Dipartimento o Struttura Complessa	VOE CARDIOLOGIA E RIABILITAZIONE CARDIACA		
Codice e descrizione Centro di costo	3110141119002		
Dirigente	DOCT. GREGO CESARE	Tel. []	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.

Le informazioni che seguono dovranno essere chiare ed esaustive, poiché sono elementi fondamentali per effettuare indagini di mercato che permettano la verifica dell'infungibilità.

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO) 308306

PILA RICARICABILE

2. CARATTERISTICHE TECNICHE:

PILA RICARICABILI LI-ION PER HOLTER
 PORTATA S4. AGL IONI DI LITIO
 COD. 25109301 4800-018

3. FINALITÀ D'USO:

AUMENTAZIONE HOLTER PORTATA
 PORTATA S4

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

PORTATA RANGONI

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione _____¹
- Fabbisogno annuo _____ 100 (CENTO)
- Consumo medio mensile _____

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

CAPO SALA/CAPO TECNICO

[Signature]
~~AZIENDA OSPEDALIERA
LESSO OSPEDALIERO
S. GIANNI MALAUGOLATA~~
Coordinatrice
CPSE Dr.ssa Antonella Astorino

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

[Signature]
AZIENDA OSPEDALIERA
S. GIANNI MALAUGOLATA
Dip: _____

[Signature]
DR. CESARE GALLO

Data, 13/12/2018

Da compilarsi a cura del Provveditore

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 DI USO
SPECIALISTICO**
(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)

Dipartimento o Struttura Complessa		VOE CARDIOLOGIA E RIABILITAZIONE CARDIAC.	
Codice e descrizione Centro di costo		3104111001	
Dirigente	DOTT. GREGO CESARE	Tel. [5]	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.

Le informazioni che seguono dovranno essere chiare ed esaustive, poiché sono elementi fondamentali per effettuare indagini di mercato che permettano la verifica dell'infungibilità.

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO) 309326

BORSINE A SACCHETTO

2. CARATTERISTICHE TECNICHE:

BORSINE A TRACOLA DI MATERIALE LAVABILE
E IMPEDIBILE

3. FINALITÀ D'USO:

EUSTODIA PER TELEMETRIA PORTATA
COD. 251093201-8485-029-51

PER GARANTIRE LA MOBILIZZAZIONE DEI PAZIENTI AI QUALI
SONO COLLEGATE, E SALVAGUARDARE IL DISPOSITIVI DA CADUTE
E INFILTRAZIONI DI LIQUIDI VARI

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

FORIATA

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1
- Fabbisogno annuo 1000
- Consumo medio mensile 85/90 pz.

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

CAPO SALA/CAPO TECNICO

[Handwritten signature]

~~ENDIA OSPEDALIERA~~
~~COMPLESSO OSPEDALIERO~~
SAN GIOVANNI-ADDOLORATA
Coordinatrice
CPSEI D. S. ANTONINO ASTORINO

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

[Stamp: AREA CONTABILITÀ S. GIOVANNI-ADDOLORATA Dipart. II ILLUSTRI DOTT. CESARE GALCO]
[Handwritten signature]

Data, 13/12/2018

Da compilarsi a cura del Provveditore

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		CARDIOLOGIA E RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	
Codice e descrizione Centro di costo		B10141110103	
Dirigente	DOT. CESARE GRECO	Tel.	5 8 6 7 Fax
Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto		€	
FAX - CAROSAVI 5857		FAX: 5726	
<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. CESARE GRECO 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 SISTEMA HOLTER CARDIACO MORTARA
- Modello MORTARA X 12 +
- Codice di Inventario aziendale 100173

Data, 18/12/2018

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

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

CUSCIONE PER HOLTER CARDIACO MORTARA

NS CODICE: 107759 280607

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

CUSCIONE PER HOLTER CARDIACO MORTARA

MISURE: LARGHEZZA CM 10,5
ALTEZZA CM 6
PROFONDITÀ CM 1,5

3. FINALITÀ D'USO:

CUSTODIE PER HOLTER CARDIACO
APPLICATO AL PAZIENTE

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

FLORIARA
MS CODICE AZIENDA 07759 280607

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1
- Fabbisogno annuo 6
- Consumo medio mensile 6

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

Stampa: AZIENDA OSPEDALIERA COMPLESSO OSPEDALIERO GIOVANNI ADDOLORATI CAPO SALA CAPO SALA WALTER I...

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE STRUTTURA COMPLESSA

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data: 18/12/2018

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

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

RESPONSABILE PROVVEDITORE

RESPONSABILE SC FARMACIA PER I DISPOSITIVI BIOMEDICI E PRESIDI

Data:



SCHEMA PRODOTTO PER DISPOSITIVI DI USO SPECIALISTICO

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

Dipartimento o Struttura Complessa	UOC GASTROENTER E ENDOSC. DIGEST.		
Codice e descrizione Centro di costo	3111012001		
Dirigente	Dott. ma MG GRAZIANI	Tel.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		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

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.

Le informazioni che seguono dovranno essere chiare ed esaustive, poiché sono elementi fondamentali per effettuare indagini di mercato che permettano la verifica dell'infungibilità.

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

BOCCAGLIO AUTOCLAVABILE E MONOUSO PER
GASTROSCOPIA

2. CARATTERISTICHE TECNICHE:

BOCCAGLIO PER PROTEZIONE ENDOSCOPIO

3. FINALITÀ D'USO:

BOCCAGLIO PROTEGGE IL GASTROSCOPIO DAL MORSO
INCONTROLLATO DEL PAZIENTE MANTENENDO ALL'OPERATORE
IL CONTROLLO DELLO STRUMENTO

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

296148	BOCCAGLIO AUTOCLAVABILE	HB-162
116628	BOCCAGLIO	MA 332
296149	BOCCAGLIO MONOUSO	MAJ 1632

5. DATI DI CONSUMO:

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

296148

296149

116629

n° 100

n° 100

n° 50

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

CAPO SALA/CAPO TECNICO

[Signature]

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

Data, 30/07/2019

AZIENDA OSPEDALIERA
DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE
S. GIOVANNI ADDOLORATA ROMA
Unità Operativa Complessa
Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva
DIRETTOR *[Signature]*
GIULIANA GRAZIANI

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO
Azienda Ospedaliera
San Giovanni Addolorata
Dipartimento Chirurgica

[Signature]
Dir

Da compilarsi a cura del Provveditore

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	UOC GASTROENTEROLOGIA e END. DIG.		
Codice e descrizione Centro di costo	31110112101		
Dirigente	Dott. MG GRAZIANI	Tel.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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

 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. Dott. MG GRAZIANI 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 GASTROSCOPIO e COLONSCOPIO OLYMPUS
- Modello Q145 T3F 145
- Codice di Inventario aziendale 073255

Data, 30/07/2019

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO
AZIENDA OSPEDALIERA

S. GIOVANNI ADDOLORATA ROMA
Unità Operativa Complessa
Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva
DIRETTORE MG GRAZIANI

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

VALVOLA ARIA e ACQUA
TAPPO PER PRELIEVO BIOPTEICO
BOCCHETTA PER ACQUA
SCOVOLINO PER PULIZIA CANALE

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

<u>VALVOLA ARIA e ACQUA</u>	<u>MH438</u>	<u>111852</u>
<u>TAPPO</u>	<u>MB358</u>	<u>111852</u>
	<u>MH553</u>	<u>107582</u>
<u>BOCCHETTA PER ACQUA</u>	<u>MH431</u>	<u>286150</u>
		<u>104158</u>
<u>SCOVOLINO PER PULIZIA CANALE</u>	<u>BWX15B</u>	<u>107851</u>
<u>ADATTATORE QUICKFIX XTSTENUTA</u>	<u>WB000105A</u>	<u>260369</u>

3. FINALITÀ D'USO:

FUNZIONALITÀ ENDOSCOPIO

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

OLYMPUS

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione	MH438	60
	MH443	60
- Fabbisogno annuo	MH553/HB 358	100
- Consumo medio mensile	BOCETTA	10
	BW15B	10
	ADATTATORE	1

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

CAPO SALA/CAPO TECNICO

[Signature]

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

Data

AZIENDA OSPEDALIERA
 DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE
 S. GIOVANNI - ADDOLORATA ROMA
 Unità Operativa Complessa
 Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
 DIRETTORE *[Signature]* GRAZIANI

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

[Signature]

San Giovanni Addolorata
 Dipartimento Chirurgico
 Direttore: Dott. Gianluca D'Elia
 SI AUTORIZZA

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

- 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	UOC GASTROENTEROLOGIA e ENDOSC. DIGEST.		
Codice e descrizione Centro di costo	3111011010		
Dirigente	Dott. MG GRAZIANI	Tel.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		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 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. Dott. MG GRAZIANI 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 GASTROSCOPIO e COLONSCOPIO PENTAX
- Modello EG2990K
- Codice di Inventario aziendale 120063

Data, 30/07/2019

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

.....
AZIENDA OSPEDALIERA
S. GIOVANNI - ADDOLORATA ROMA
Unità Operativa Complessa
Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
DIRETTORE GRAZIANI

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

VALVOLA ARIA e ACQUA
TAPPO PER PRELIEVO BIOPOTICO
BOCCHETTA PER ACQUA

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

VALVOLA OEB 120
OEB 188
83077Z
BOCCHETTA PER ACQUA

3. FINALITÀ D'USO:

FUNZIONALITÀ ENDOSCOPIO

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

PENTAX

5. DATI DI CONSUMO:

	OFB120	60
- Numero di unità necessarie per una prestazione	VALVOLA OFB 188	60
- Fabbisogno annuo	TAPPO OFB 190	100
- Consumo medio mensile	BCCETTA	10

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

CAPO SALA/CAPO TECNICO

[Signature]

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE STRUTTURA COMPLESSA

AZIENDA OSPEDALIERA
 DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
 Unità Operativa Complessa
 Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
 DIRETTORE: GRAZIANI

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

[Signature]
 Azienda Ospedaliera
 San Giovanni Addolorata
 Dipartimento Chirurgico
 Direttore: Dott. Gianluca D'Elia
 SI AUTORIZZA

Data:

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

- 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 DELL'APPARATO RESPIRATORIO

Codice e descrizione Centro di costo BH01410161010

Dirigente GIUSEPPE MATTEUCCI Tel. _____ 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. GIUSEPPE MATTEUCCI 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 LAVAEENDOSCOPI OLYMPUS
- Modello MINIETB 2
- Codice di Inventario aziendale 101356

Data,

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

Azienda Ospedaliera
 C.O. San Giovanni Addolorata
 UOC Malattie Apparato Respiratorio ed Endoscopia Via Aeree
 Dirigente Medico Dott. Giuseppe Matteucci
 9020001018808041

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

<u>OLYMPUS ENDOBIS</u>	<u>24 8564</u>
<u>OLYMPUS ENDODET</u>	<u>24 8543</u>
<u>OLYMPUS ENDOACT</u>	<u>24 8563</u>

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

OLYMPUS ENDOBIS: AC. PARACETICO 4,25% - AC. ACETICO E STABILIZZ. 2,3% - ACQUA OSSEA 22%

OLYMPUS ENDODET: IDROTRUPI, SOLVENTI IN ACQUA 5% - TENSIOATTIVI NON IONICI 5-15%

OLYMPUS ENDOACT: SOBIO-IDROSSIDO, TRIPOLI FOSFATI 25% (ATTIVATORE PER DISINFETTANTE ENDOBIS)

3. FINALITÀ D'USO:

- OLYMPUS ENDODIS: DISINFETTANTE A BASE ACIDO PERACETICO PER LAVAEENDOSCOPI ETD.
- OLYMPUS ENDODET: DETERGENTE A BASE DI ACIDO PEROSSIBIACETICO PER LAVAEENDOSCOPI ETD.
- OLYMPUS ENDOACT: ATTIVATORE A BASE DI ACIDO PEROSSIBIACETICO PER LAVAEENDOSCOPI ETD.

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

FABBRICANTE: HENKEL-ECOLAB GMBH E CO. OHG DÜSSELDORF (GERMANIA)
 FORNITORE: ECOLAB SRL MILANO
 DISTRIBUTORE: OLYMPUS ITALIA S.R.L. SEGRATE (MI)

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione _____
- Fabbisogno annuo ENDODIS: 10 CONF. DA 3 (TRE) TANICHE L'UNA; ENDODET 4 CONF.
- Consumo medio mensile DA 3 TANICHE L'UNA; ENDOACT 8 CONF. DA 3 TANICHE L'UNA

6. CODICE DI PROCEDURA UTILIZZATO PER LA CODIFICA DEL R.A.D.:

33-24
33-27

CAPO SALA/CAPO TECNICO

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE STRUTTURA COMPLESSA

Azienda Ospedaliera
 C.O. San Giovanni Addolorata
 DIRIGENTE RESPONSABILE STRUTTURA COMPLESSA
 Dirigente Medico Dott. Giuseppe Matteucci
 9020901010800011

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data

Du compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

- 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	
Codice e descrizione Centro di costo			
Dirigente		Tel. []	Fax [5]
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 similare nello svolgimento di una determinata funzione.

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE

Il Sottoscritto Dr./Prof. MATTEUCCI GIUSEPPE 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 FIBROBRONCOSCOPIO OLYMPUS - VIDEO BRONCOSCOPIO OLYMPUS
- Modello BF-TYPE PE2 - BF-TYPE PE2 - BF-1TH190
- Codice di Inventario aziendale 102346

Data, 02-08-2019

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

Azienda Ospedaliera
 San Giovanni Addolorata
 Uoc Malattie Apparato Respiratorio
 Endoscopia via aeree
 Dirigente Medico
 Dott. Roberto Sabatini
 902000101490473

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)
VALVOLE CANALE OPERATIVO - SPAZZOLINO PER PULIZIA CANALE BRONCOSCOPIO
VALVOLE CANALE ASPIRAZIONE MA 70%
VALVOLE CANALE ASPIRAZIONE

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:
VALVOLE DI CANALE ASPIRAZIONE MOD. MAT 20Z COD. 028958 121104
VALVOLE DI CANALE ASPIRAZIONE MOD. MA5-209 (MONOUSO)
VALVOLE DI CANALE BIOTICO MOD. MD 195 COD. 028899 119250
SPAZZOLINO PER PULIZIA CANALE BRONCOSCOPIO MA 50Z 107852

3. FINALITÀ D'USO:

~~PER FUNZIONALITÀ BRONCOSCOPIO OLYMPUS~~

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

OLYMPUS MOD. MAS-20Z	130 PZ
OLYMPUS MOD. MAS 209 (MONOUSO)	400 PZ
OLYMPUS MOD. MD-445	150 PZ
SPAZZOLINO PER PULIZIA CANALE MH 50Z	20 PZ

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1+1 SPAZZOLINO

- Fabbisogno annuo 600-700 (SPAZZOLINO 20 ANNUE)

- Consumo medio mensile _____

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

3324-
3322

CAPO SALA/CAPO TECNICO

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

Azienda Ospedaliera
San Giovanni Addolorata
Uoc Malattie Apparato Respiratorio
Endoscopia via aerea

DIRIGENTE
Dott. Roberto ...
9020001014904773

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data,

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

- 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

Codice e descrizione Centro di costo 2110141016101

Dirigente GIUSEPPE MATTEUCCI Tel. Fax

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

- In Uso Innovazione Infungibile (*)

(*) Per prodotto infungibile si intenda 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. GIUSEPPE MATTEUCCI 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 LAVAFENDOSCOPI OLYMPUS
- Modello MINIETA 2
- Codice di Inventario aziendale 101356

Data,

Azienda Ospedaliera
TIMBRE PUBBLICAZIONE MEDICA

Dr. Giuseppe Matteucci
20001018808041

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO) SALE RIGENERANTE (3PE DA 2kg) DITTA OLYMPUS 108736
CON. EDA-E4195720

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

SALE RIGENERANTE

3. FINALITÀ D'USO:

SALF RIGENERANTE PER LAVAFIBROSCOPI OLYMPUS MINIETS

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

OLYMPUS

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione _____
- Fabbisogno annuo 30 kg
- Consumo medio mensile 1-2 CONF.

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

33.24
33.22

CAPO SALA/CAPO TECNICO

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

Azienda Ospedaliera
C.O. San Giovanni Addolorato
DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
UOC. U.S. Apparatto Respiratorio ed Endoscopia Via Aerea
Dirigente Medico Dott. ...

JY W
RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data,

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

- 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 DI USO
SPECIALISTICO**

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

Dipartimento o Struttura Complessa			
Codice e descrizione Centro di costo		Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata UCC Neonatologia	
Dirigente	ARBLOGLO DI PAOLO	Tel.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 31190600 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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 similare nello svolgimento di una determinata funzione.

Le informazioni che seguono dovranno essere chiare ed esaustive, poiché sono elementi fondamentali per effettuare indagini di mercato che permettano la verifica dell'infungibilità.

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO) 108736

SALZ REGENERANTE X
PASTORIZZATORE

2. CARATTERISTICHE TECNICHE:

SALZ REGENERANTE

3. FINALITÀ D'USO:

SALZ X ADDOLCITORE DEL PASTORIZZATORE

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

OLIMPIA
COD. E05-E9195780

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 6 Kg
- Fabbisogno annuo 570 kg.
- Consumo medio mensile 48 kg mese

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

CAPO SALA/CAPO TECNICO
Ala

X DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE
Dr. Massimo Piacitelli
6620001016207914

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data,

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

- 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		DMB. ORTOPEDICO	
Codice e descrizione Centro di costo		31101101610103	
Dirigente		Tel	5 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

 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. _____ 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 SEGA TAGLIA FESSO
- Modello RIMEC
- Codice di Inventario aziendale 095186

Data, 18/6/2019

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

AZIENDA OSPEDALIERA
 COMPLESSO S. GIOVANNI - ADDOLORATA
 UOC Ortopedia
 Dott. Al. _____ Enrico
 Dirigente _____ ortopedia
 9020001013005505

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO) 30993

LAMA OSCILLANTE PER SEGAGRESSO

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

ATTACCO A CROCE Ø 65 mm

3. FINALITÀ D'USO:

RIPROZIONE APP. GESSATI

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

RIMEC O MEDI PML

PROSINED COD. 23-LCC65

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione

- Fabbisogno annuo 10 roundelle

- Consumo medio mensile

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

CAPO SALA CAPO TECNICO
AZIENDA OSPEDALIERA
SAN GIOVANNI ADDOLORATA
CAPO SALA
DOLORES VERARDI
DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

AZIENDA OSPEDALIERA
DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE
Dott. Alb. Enrico
Dirigente Medico UOC Ortopedia
9020001013505505
RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data, 18/6/2019

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

- 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 DI USO SPECIALISTICO

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

Dipartimento o Struttura Complessa	VOCE NEUROCHIRURGIA		
Codice e descrizione Centro di costo	141010110011030	B. OPERAZIONI	
Dirigente	DR. A. TALACCHI	Tel. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	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
 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.

Le informazioni che seguono dovranno essere chiare ed esaustive, poiché sono elementi fondamentali per effettuare indagini di mercato che permettano la verifica dell'infungibilità.

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

SEGA DI GIGLI

2. CARATTERISTICHE TECNICHE:

SEGA A FILO CAVO METALLICO FLESSIBILE
CON DUE ANELLI ALL'ESTREMITA'.

3. FINALITÀ D'USO:

NECESSARIA PER ESEGUIRE
LA CRANIOTOMIA

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

~~MARCA 26-600-20 (20cm)~~
~~26-600-40 (40cm)~~
AESCLAP cod. FH 414 → 30cm-40cm

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 5-6
- Fabbisogno annuo 100 prestazioni circa (500 pezzi)
- Consumo medio mensile 8-10 circa

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

CAPO SALA / CARIOTECNICO
COMPLESSO OSPEDALIERO
S. GIOVANNI ADDOLORATA
IL CA
ABRAMO MAMMI

Azienda Ospedaliera
San Giovanni Addolorata
DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA
Neurochirurgia
Dott. Andrea Talacchi
9020001013008

Data,

11 1 0 1
4-6-2019

Azienda Ospedaliera
San Giovanni Addolorata
DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
Neurochirurgia
Dott. Andrea Talacchi
9020001013008231

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

SAN GIOVANNI ADDOLORATA
U.O.D. di Otorinolaringoiatria
Direttore Prof. ANGELO CAMAIONI

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

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

RESPONSABILE PROVVEDITORE

RESPONSABILE SC FARMACIA per i
DISPOSITIVI BIOMEDICI e PRESIDII

Data,

PERVENUTA
IL 05/06/2019


**SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI MEDICI DEDICATI
AD APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI**
(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)

Dipartimento o Struttura Complessa <u>I.O.R.L.</u>	
Codice e descrizione Centro di costo <u>31100399</u>	
Dirigente <u>PROF CARAIONI</u>	Tel. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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

 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 TASSONE DOMENICO 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 AMPLAIA
- Modello 775
- Codice di Inventario aziendale 073035

 Data, 08/08/2018

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

Azienda Ospedaliera
C.O. San Giovanni Addolorata
UOC Otorinolaringoiatria
Dott. Domenico Tassone
9020001043807968

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)
TAPPINI IN GOMMA PER AMPLAIA 775
2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:
TAPPINI IN GOMMA MEDICALE CON FORO CENTRALE X IMPEDIMENTATO

3. FINALITÀ D'USO:

esecuzione esame
imfenzometrico

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

M.R.S. COD. COME DA ALLEGATO

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione _____
- Fabbisogno annuo 800 VARIE MISURE COME DA ALLEGATO
- Consumo medio mensile _____

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

CAPO SALA/CAPO TECNICO

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

Azienda Ospedaliera
 S. Ruffini - S. Maria
 UOC
 0810812018
 3807966

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data. 08/08/2018

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

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

RESPONSABILE PROVVEDITORE

.....

RESPONSABILE SC FARMACIA PER I
DISPOSITIVI BIOMEDICI E PRESID

Data.

TAPPINI IMPEDENZOMETRO AMPLAID

11290 - Tips rosa per impedenzometri Amplaid - Confezione 25 pz	1	CONFEZIONE
11291 - Tips celesti per impedenzometri Amplaid - Confezione 25 pz	1	u
11292 - Tips arancio per impedenzometri Amplaid - Confezione 25 pz	2	u
11293 - Tips rossi per impedenzometri Amplaid - Confezione 25 pz	3	u
11294 - Tips gialli per impedenzometri Amplaid - Confezione 25 pz	4	u
11295 - Tips verdi per impedenzometri Amplaid - Confezione 25 pz	4	u
11296 - Tips blu per impedenzometri Amplaid - Confezione 25 pz	3	u
11297 - Tips azzurri per impedenzometri Amplaid - Confezione 25 pz	2	u
11298 - Tips bianchi per impedenzometri Amplaid - Confezione 25 pz	2	u
11299 - Tips neri per impedenzometri Amplaid - Confezione 25 pz	2	u