



SETTORE ELETTROMEDICALI

## Richiesta Acquisto Tecnologie

Richiesta N° .....

Rev 01 del 30/06/2008

Pag 1 di 2

**PRESIDIO:**  P.O. RIETI

P.O. MAGLIANO SABINA

P.O. AMATRICE

ALTRO \_\_\_\_\_

**REPARTO/SERVIZIO RICHIEDENTE:** \_\_\_\_\_

**CENTRO DI COSTO:** \_\_\_\_\_

**TIPO DI BENE:**

ATTREZZATURE E APPARECCHIATURE SANITARIE  SOFTWARE HARDWARE  ARREDI SANITARI

**QUANTITÀ** .....

**DESCRIZIONE DEL BENE:**

.....  
.....  
.....

NECESSITA OPERE EDILI PER L'INSTALLAZIONE ?  SI  NO

SE SI, INDICARE LE EVENTUALI OPERE DI INSTALLAZIONE \_\_\_\_\_

**DESTINAZIONE D'USO:**

ATTIVITÀ SVOLTA CON IL BENE \_\_\_\_\_

NUMERO STIMATO DI PRESTAZIONI/ANNO EROGATE (UTILIZZANDO LA SOLA APPARECCHIATURA RICHESTA) \_\_\_\_\_

PERSONALE IMPIEGATO (QUALIFICA) \_\_\_\_\_

TRATTASI DI (BARRARE LA VOCE RICORRENTE)

- INNOVAZIONE (BENE NON PRESENTE NEL SERVIZIO)
- SOSTITUZIONE (SOSTITUZIONE DI UN BENE OBSOLETO)
- POTENZIAMENTO (SI AFFIANCA ALLA DOTAZIONE ESISTENTE DELLO STESSO TIPO DI APPARECCHIATURA)
- COMPLETAMENTO/AGGIORNAMENTO (AGGIUNTA O SOSTITUZIONE DI PARTE DI UN SISTEMA)



SETTORE ELETTROMEDICALI

# Richiesta Acquisto Tecnologie

Richiesta N° .....

Pag 2 di 2

**UTILIZZO / FUNZIONAMENTO**

SALTUARIO

CONTINUATIVO

**FORMA DI ACQUISIZIONE PROPOSTA:**

- ACQUISTO
- SERVICE
- NOLEGGIO
- DONAZIONE
- ALTRO .....

**EVENTUALE MOTIVAZIONE:** \_\_\_\_\_

**COSTO PRESUNTO:** \_\_\_\_\_

**DITTE DA INTERPELLARE (SE NOTE):**

---

---

**EVENTUALE MATERIALE DI CONSUMO INDISPENSABILE PER IL FUNZIONAMENTO DELL'APPARECCHIATURA:**

---

---

**IL RESPONSABILE DI U.T.A.**

TIMBRO E FIRMA

.....

SI ESPRIME PARERE FAVOREVOLE IN MERITO ALLA CONGRUITÀ DELLA RICHIESTA DI ACQUISIZIONE CON LE PRESTAZIONI EROGATE DAL REPARTO/SERVIZIO

**LA DIREZIONE SANITARIA DI PRESIDIO**

TIMBRO E FIRMA

.....

SI ESPRIME PARERE FAVOREVOLE IN MERITO ALLA GESTIONE E COMPATIBILITÀ DEI BENI RICHIESTI CON I LOCALI OSPITANTI E RELATIVI IMPIANTI

**IL SERVIZIO TECNICO**

TIMBRO E FIRMA

.....

DATA ..... / ..... / .....