

 ASL Cagliari	SERVIZIO TECNICO E PATRIMONIO Settore <b>Apparecchiature Elettromedicali</b>	MODULO n° pagg. :3
		M_062_PQ_06_1 AffidDiretto

**RICHIESTA MATERIALE AD UNICO OPERATORE ECONOMICO**

**PER RAGIONI DI NATURA TECNICA**

**E/O MOTIVI DI ESCLUSIVITA' E/O IN QUANTO FORNITURE COMPLEMENTARI**

Il/La sottoscritto/a GIOVANNI DIARROGU  
 nella sua qualità di RESP. NEUROFISIOLOGIA  
 del Centro Sclerosi Multiple  
 chiede, sotto la propria responsabilità, che venga acquisito il materiale/apparecchiatura biomedicale  
 sotto indicata, prodotto dalla Azienda SYNOPO  
 commercializzata in Sardegna dalla Ditta TERAPON  
 nome e cognome di un riferimento della Ditta SYNOPO  
 indirizzo V. ITALIA 86 - 20098 tel. 02 98 2931 fax. 02 98 293213  
S. GIULIANO MILANESI (MI)

DENOMINAZIONE materiale/apparecchiatura	Codice del materiale/apparecchiatura dichiarato dal PRODUTTORE	QUANTITA'
<u>ELEURONOLOGRAFO SYNERGY</u>		<u>2</u>

Precisa che le apparecchiature/attrezzature/componenti sopra elencati, costituiscono l'unica scelta possibile per raggiungere gli obiettivi sotto indicati e che, pertanto, non esistono possibilità alternative per ottenere un uguale risultato. Per tale motivo non è inseribile tra le forniture al cui approvvigionamento si procede mediante richieste a più fornitori o gara di appalto.

ALLEGATO A  
 ALLA DETERMINA N° 578 DEL 12 MAG. 2014

Il presente allegato è com-  
 posto di n° 4 fogli.  
 Il Responsabile del Servizio Tecnico  
 (Ing. Massimo Masia)

 ASL Cagliari	<b>SERVIZIO TECNICO E PATRIMONIO</b> <b>Settore</b> <b>Apparecchiature</b> <b>Elettromedicali</b>	<b>MODULO</b> n°pagg. :3
		M_062_PQ_06_1 AffidDiretto

Trattasi infatti di (barrare la/le casella/e di interesse ed eventualmente integrare le informazioni su ulteriore documento da allegare):

- Fornitura di una nuova apparecchiatura che possa mantenere intercambiabilità con i seguenti accessori/apparecchiature già in uso dello stesso produttore o che ne costituisce un ampliamento delle funzionalità: \_\_\_\_\_

---



---



---

- Sostituzione, in seguito a dichiarazione di fuori uso (allegare copia della dichiarazione di fuori uso da parte del servizio di manutenzione/Global Service), per consentire l'uso degli accessori/materiali seguenti rimasti in dotazione: AGGIORNAMENTO

SOFTWARE E HARDWARE dei due apparecchi  
in m. fermo

- Unica apparecchiatura sul mercato in grado di apportare i seguenti benefici (nelle considerazioni che seguono dovrà essere univocamente dichiarato che l'apparecchiatura di che trattasi è l'unica sul mercato che, per le caratteristiche possedute, consente di svolgere/raggiungere gli obiettivi clinico/terapeutici di seguito dichiarati)

- Riferiti al paziente: \_\_\_\_\_

---



---



---

- Riferiti all'operatore: \_\_\_\_\_

---



---



---

in virtù del possesso delle seguenti caratteristiche esclusive: \_\_\_\_\_



ASL Cagliari

SERVIZIO TECNICO E  
PATRIMONIO  
Settore  
Apparecchiature  
Elettromedicali

MODULO  
n° pagg. :3

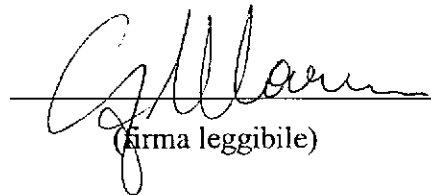
M\_062\_PQ\_06\_1  
AffidDiretto

In assenza del materiale/apparecchiatura richiesti non sarà possibile erogare le segg.

prestazioni: Elettro miografia e potenziometri  
evocati

Stima in percentuale della popolazione beneficiaria (considerato 100% la popolazione attualmente assistita): 100%

Il costo stimato per l'intera fornitura è di € 7650,00 IVA esclusa.

  
(firma leggibile)

Parere della Direzione Sanitaria del Presidio

Il Dirigente Sanitario

Parere della Direzione Sanitaria Aziendale

Il Direttore Sanitario



Assegnato a: **Scotto Davide**  
 Tipo di Int.: **CORRETTIVA**  
 Richiedente: **gianni marrosu**  
 Telefono: **2901**  
 # Rich. Ente: **NN**  
 Data/Ora Rich Ente : **24/10/2013 14:40:00**  
 Problema: **AGGIORNAMENTO SOFTWARE BACU-UP DATI PAZIENTE**

L'apparecchio funziona correttamente:   
 Tecnico: **Scotto Davide**  
 Firma: *[Signature]*  
 Accettazione: reparto  
 Firma: *[Signature]*  
 Personale non presente:

Inventario N.: **10010012444** Tipologia: **POTENZIALI EVOCATI, APPARECCHIO PER L ANALISI**  
 Produttore: **MEDELEC LTD** Modello: **NONPRESENTE**  
 Matricola: **C31232** Sede: **RS BINAGHI**  
 Reparto: **CENTRO SCLEROSI MULTIPLA - PIANO 2** Unita: **POTENZIALI EVOCATI**

**Estremi degli INTERVENTI**

Tecnico	Descrizione	Data/H Inizio	Data/H Fine	Codici Intervento
Scotto Davide	Sopralluogo. Richiesta non di nostra competenza. Si consiglia inviare richiesta all' ufficio tecnico.	24/10/13 15:00	24/10/13 16:00	8000

**Ricambi**

Interventi Esterni

**Note**

--