

 ASL Cagliari	SERVIZIO TECNICO E PATRIMONIO Settore Apparecchiature Elettromedicali	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 HARROSCU
 nella sua qualità di RESPONSABILE SS. NEUROFISIOLOGIA
 del CENTRO SCLEROSI MULTIPLA
 chiede, sotto la propria responsabilità, che venga acquisito il materiale/apparecchiatura biomedicale
 sotto indicata, prodotto dalla Azienda MICROMED S.p.A
 commercializzata in Sardegna dalla Ditta _____
 nome e cognome di un riferimento della Ditta _____
 indirizzo V. GIÒIO 2 - MOLLANO VENETO tel. 0415937000 fax. 0415937011

DENOMINAZIONE materiale/apparecchiatura	Codice del materiale/apparecchiatura dichiarato dal PRODUTTORE	QUANTITA'
<u>ACCENSORI PER POLICOMNOGRAFIA</u>		<u>3</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° 159 DEL 12 FEB 2014

Il presente allegato è com-
 posto di n° 4 fogli
 di n° 7 pagine.
 Il Responsabile del Servizio Tecnico
 (Ing. Massimo Mastà)

 ASLCagliari	SERVIZIO TECNICO E PATRIMONIO Settore Apparecchiature Elettromedicali	MODULO 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: CONSENTE DI ESEGUIRE LA POLISONNOGRAFIA, ESAME NECESSARIO PER LO STUDIO DEI DISTURBI DEL SONNO SIA SU BASE NEUROLOGICA CHE CARDIORESPIRATORIA

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: _____

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)

o Riferiti al paziente: _____

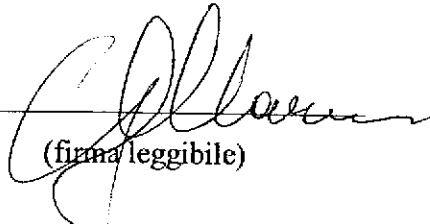
o Riferiti all'operatore: L'UNICA STRUTTURA IN GRADO DI ESEGUIRE L'ESAME SI TROVA PRESSO L'HOU DI CAGLIARI CON LUNGI TEMPI D'ASSETTA, DUNQUE UN MIGLIORAMENTO DEL SERVIZIO ALL'UTENZA FORNITO DALLA NOSTRA ASL

in virtù del possesso delle seguenti caratteristiche esclusive: UNICI ACCESSORI CHE SI ADATTANO ALLE APPARECCHIATURE IN NS. POSSESSO

 ASLCagliari	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: _____

- Stima in percentuale della popolazione beneficiaria (considerato 100% la popolazione attualmente assistita): _____
- Il costo stimato per l'intera fornitura è di € 2,500,00 IVA esclusa.


(firma leggibile)

Parere della Direzione Sanitaria del Presidio
avere famlo

Parere della Direzione Sanitaria Aziendale

Il Dirigente Sanitario
ASL n. 8 - P.I. "R. BINAGHI" CAGLIARI
DIREZIONE SANITARIA
D.ssa Anna Maria Ruda
Matr. N. 086085

Il Direttore Sanitario

 ASL Cagliari	SERVIZIO TECNICO E PATRIMONIO Settore Apparecchiature Elettromedicali	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 MARRASU
 nella sua qualità di MEDICO RESPONSABILE S.S. NEUROFISIOLOGIA
 del CENTRO SCLEROSI MULTIPLA
 chiede, sotto la propria responsabilità, che venga acquisito il materiale/apparecchiatura biomedicale
 sotto indicata, prodotto dalla Azienda MICROMED S.P.A.
 commercializzata in Sardegna dalla Ditta _____
 nome e cognome di un riferimento della Ditta _____
 indirizzo V. GIÒIO 2 - NOGLIANO VENETO tel. 041 5937000 fax. 041 5937011

DENOMINAZIONE materiale/apparecchiatura	Codice del materiale/apparecchiatura dichiarato dal PRODUTTORE	QUANTITA'
<u>BQ3200 ACQ CLINIC - EEG DIGITALE 32 CH.</u>		<u>1</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.

 ASLCagliari	SERVIZIO TECNICO E PATRIMONIO Settore Apparecchiature Elettromedicali	MODULO 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: EEG PER NEUROFISIOLOGIA CSA
EEG PO TURANDERIA - EEG P.O. ISILI

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: NON AGGIORNABILE -

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)

o Riferiti al paziente: _____

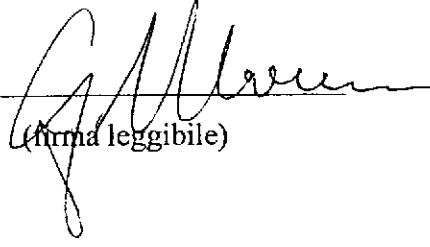
o Riferiti all'operatore: _____

in virtù del possesso delle seguenti caratteristiche esclusive: _____

 ASLCagliari	SERVIZIO TECNICO E PATRIMONIO Settore Apparecchiature Elettromedicali	MODULO n°pagg. :3
		M_062_PQ_06_1 AffidDiretto

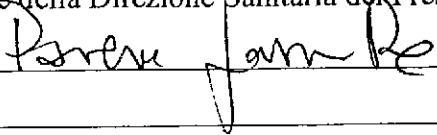
- In assenza del materiale/apparecchiatura richiesti non sarà possibile erogare le segg. prestazioni: _____

- Stima in percentuale della popolazione beneficiaria (considerato 100% la popolazione attualmente assistita): _____
- Il costo stimato per l'intera fornitura è di € 11.500,00 IVA esclusa.



(firma leggibile)

Parere della Direzione Sanitaria del Presidio



Parere della Direzione Sanitaria Aziendale

Dirigente Sanitario
ASL n. 8 - "P. R. BIRAGHI" CAGLIARI
DIREZIONE SANITARIA
Dr.ssa Anna Maria Ruda
Matr. N. 035085

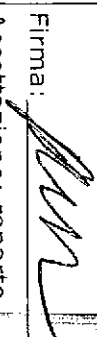
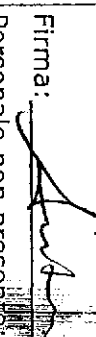
Il Direttore Sanitario

Ordine Di Lavoro / Rapporto Tecnico n.615021077



Odl n.r.: **615021077** Data / Ora: **24/10/2013 14:46**
Assegnato a: **Scotto Davide** Tipo di Int.: **CORRETTIVA**
Richiedente: **GIANNI MARROSU** Telefono: **2901** FM:
Rich. Ente: **NN** Data/Ora Rich Ente: **24/10/2013 14:40:00**
Problema: **AGGIORNAMENTO SOFTWARE BACU-UP DATI PAZIENTE**

Dati di CHIUSURA

Data / Ora: **24/10/2013 16:00**
L'apparecchio funziona correttamente:
Tecnico: **Scotto Davide**
Firma: 
Accettazione: reparto
Firma: 
Personale non presente:

Inventario N.: **10010032467** Tipologia: **ELABORATORE GENERICO**
Produttore: **NN** Modello: **DE7700**
Matricola: **CZC7221X3G** Sede: **RS BINAGHI**
Reparto: **CENTRO SCLEROSI MULTIPLA - PIANO 2** Unità: **ELETTROENCELOGRAFIA**

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