


28 MAR 2014

All. A)

 <b>ASL Cagliari</b>	<b>SERVIZIO TECNICO</b> <b>SETTORE INGEGNERIA CLINICA</b>	<b>DICHIARAZIONE DI SCELTA</b>
---	--	--------------------------------

**RICHIESTA MATERIALE AD UNICO OPERATORE ECONOMICO**

IL/La sottoscritto/a Dot. me Giuliana Campus  
 nella sua qualità di Direttore SC USU  
 del P. O. Maino

chiede, sotto la propria responsabilità, che venga acquisito il materiale/apparecchiatura biomedicale sotto indicata, prodotto dalla Azienda Shenzhen Mindray

commercializzata in Sardegna dalla Ditta Medax s.r.l. v. Roselli 4/A Sarai

nome e cognome di un riferimento della Ditta Muro Antonio


indirizzo Via Flli Roselli 4/A SS tel. 079 211504 fax 079 816876

DENOMINAZIONE materiale/apparecchiatura	Codice del materiale/apparecchiatura dichiarato dal PRODUTTORE	QUANTITA'
Tubi riutilizzabili	6200-30-09688	2
Prolunga riutilizzabile Mod. MR40 B   MR411, MR412	0011-30-37391	2
Sonde Temp MR 403 B	0011-30-37393	2
Set cavi 5- elettrodi mollette IEC	EL6504A 0010-30-42730	5
Set cavi 10- elettrodi IEC	EL6802 B 0010-30-42907	5

Precisa che il prodotto richiesto è 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.

Il presente allegato è composto da n° 3 fogli  
 di n° \_\_\_\_\_ pagine.

**IL RESPONS. ACQUISTI**  
 Dott.ssa Maria Alessandra De Virgiliis

 <b>ASLCagliari</b>	<b>SERVIZIO TECNICO</b> <b>SETTORE INGEGNERIA CLINICA</b>	<b>DICHIARAZIONE DI SCELTA</b>
--	--	--------------------------------

Trattasi infatti di ( barrare la/le casella/e di interesse ):

*X* - Fornitura di ~~una nuova apparecchiatura~~ <sup>che</sup> ~~che possa~~ <sup>mantenere</sup> intercambiabilità con i seguenti accessori/apparecchiature già in uso dello stesso produttore o che ne costituisce un ampliamento delle funzionalità: di monitor presenti in USU

-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 per il paziente: \_\_\_\_\_

- Benefici per l'operatore: \_\_\_\_\_

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

-In assenza del materiale/apparecchiatura richiesti non sarà possibile erogare le segg. Prestazioni: \_\_\_\_\_

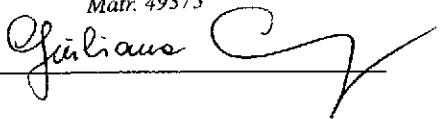
Monitoraggio parametri vitali in presenza

 <b>ASLCagliari</b>	<b>SERVIZIO TECNICO</b> <b>SETTORE INGEGNERIA</b> <b>CLINICA</b>	<b>DICHIARAZIONE DI SCELTA</b>
--	--	--------------------------------

-Stima in percentuale della popolazione beneficiaria (considerato 100% la popolazione attualmente assistita). \_\_\_\_\_

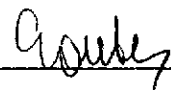
-Il costo stimato per l'intera fornitura è di € 1.600,00 .00 IVA esclusa.

*Asl n°8 P.O. Marino-CA*  
*Unità Spinale Unipolare*  
*Direttore*  
*Dr.ssa Giuhana Campus*  
*Matr. 49373*



(firma leggibile)

Parere della Direzione Sanitaria del Presidio

*parere favorevole* 

**Il Direttore Sanitario**  
**P.O. Marino**  
**Dr.ssa Giuziella Pintus**

Il Dirigente Sanitario

Parere della Direzione Sanitaria Aziendale

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_