



SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI MEDICI DEDICATI AD APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI

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

Dipartimento o Struttura Complessa	UOSB CHIRURGIA VITREORETINICA	
Codice e descrizione Centro di costo	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Dirigente	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. MARCO PIERI 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 LASER
- Modello PURE POINT
- Codice di Inventario aziendale 101309

Data, 06/06/2018 TIME _____

F.TO

URGENTE

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

SONDA LASER

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

SONDA LASER PRESIDIO DA 23 a.

3. FINALITÀ D'USO:

TRATTAMENTO CHIRURGICO - PATOLOGIE RETINA

LI ACQUISTO SI È DEVO NECESSARIO A SEGUILO DEL PERIZIO APPROPRIATORIA LASER IN DOTAZIONE SPA OPERATIVA. PREVIO NULLA OSTA ING. CLINICA E SINDI D'ASPERTO LASER ALBERGATORIA CHE È CREDITIBILE SOLO CON LE SONDRE MONOCHEIE

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

ALCON REF 151113

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1

- Fabbisogno annuo 1 UNITA

- Consumo medio mensile

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

CAPO SALA/CAPO TECNICO

F. TO

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

C.I.
Base, ons

F. TO

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,