



ALLEGATO 1

MODULO RICHIESTA ACQUISIZIONE PRODOTTO/SERVIZIO INFUNGIBILE ED ESCLUSIVO

STRUTTURA RICHIEDENTE _____

TIPOLOGIA PRODOTTO/SERVIZIO _____

PRESTAZIONE RIENTRANTE NEI L.E.A.: SI NO

Indicazione terapeutica per specifica patologia

Indicazione terapeutica per specifici casi clinici

Altro (specificare)

PRODUTTORE/FORNITORE

COSTO PER SINGOLA PRESTAZIONE _____

NUMERO DI PRESTAZIONI RICHIESTE

COSTO TOTALE PREVENTIVATO

FORMA DI ACQUISIZIONE PROPOSTA

EVENTUALI MATERIALI DI CONSUMO DEDICATI: SI NO

SE SI E' RISPOSTO "SI" ALLA PRECEDENTE DOMANDA, INDICARE TIPOLOGIA E QUANTITATIVI PRESUNTI, NONCHE' RELATIVI COSTI PER IL PERIODO CONSIDERATO:

PRODOTTO GIÀ IN USO IN ALTRE STRUTTURE AZIENDALI: SI NO

L'ACQUISIZIONE DEL BENE/SERVIZIO IMPLICA INCREMENTO DI PERSONALE? SI NO

SE SI, SPECIFICARE NUMERO E PROFILI PROFESSIONALI:

Particolari esigenze di formazione del personale

Stima delle prestazioni eseguibili in un anno

Previsione dei consumi per anno (includendo ogni voce di costo)

Dichiarazione di unicità ed infungibilità

Il sottoscritto consapevole delle conseguenti responsabilità PENALI, CIVILI, AMMINISTRATIVE E CONTABILI, dichiara che per le indicazioni cliniche sopraindicate, non sono disponibili prodotti alternativi equivalenti dal punto di vista clinico terapeutico, ovvero con effetto terapeutico comparabile e dichiarano di non versare in conflitto d'interesse ai sensi degli artt. 42 e 77 del D.Lgs 50/2016 e relative norme di rinvio di cui si è presa visione, si allegano alla presente dichiarazioni insussistenza cause incompatibilità e conflitti d'interesse debitamente sottoscritte.

Il Direttore della Struttura/Direttori delle Strutture (*in caso di acquisti tra più strutture Aziendali*)

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE:

- tutti i valori debbono essere indicati al netto dell'IVA;
- nelle domande a risposta guidata "SI" "NO", barrare la risposta scelta.



ALLEGATO 2

PARTE I
“PARERI STRUTTURE COMPETENTI (eventuali)”

(eventuale) PARERE SC Competente per
Materia _____

ESITO:

POSITIVO _____

NEGATIVO _____

Motivazione parere negativo:

Trasmissione Direzione e comunicazione al richiedente del parere negativo: PROT. N. _____
DISPOSIZIONI DELLA DIREZIONE O DECORSO DEL TERMINE DI 30 GIORNI SENZA
ALCUNA DISPOSIZIONE CON CONSEGUENTE DEFINITIVITA' DEL PARERE
NEGATIVO

Comunicazioni al richiedente della chiusura istruttoria o trasmissione al GVI:



ALLEGATO 2

**PARTE II:
“SCHEMA VERBALE ATTIVITÀ GVI”**

Data _____ Seduta N° _____

Commissione:

Ingegnere Clinico _____

Farmacista _____

Medico _____

Attività svolta, esiti indagini mercato:

Verbale commissione:

Parere:

- FAVOREVOLE

- CONTRARIO

- FAVOREVOLE CON OSSERVAZIONI:

Si allegano dichiarazioni insussistenza cause incompatibilità e conflitti d’interesse