



RICHIESTA DI ACQUISIZIONE APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

Prot. _____ del _____

Al Dirigente
UOSD Valutazione Tecnologie Sanitarie
fax 089 693596
mail tecnobiomed@aslsalerno.it

IDENTIFICAZIONE del RICHIEDENTE

PRESIDIO / DISTRETTO /DIPARTIMENTO _____

U.O. _____

NOME DEL DIRETTORE U.O. _____

IDENTIFICAZIONE dell'APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE da ACQUISTARE

Denominazione dell'apparecchiatura _____

Breve descrizione dell'apparecchiatura _____

Quantità richiesta: _____

Costo presunto unitario: _____ + IVA

MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA

Nuova dotazione

Sostituzione bene vetusto/fuori uso/di livello tecnologico inadeguato

Incremento dotazione insufficiente

Aggiornamento tecnologia (up-grade)

Altro: _____



CONGRUENZA con la PIANIFICAZIONE ACQUISTI AZIENDALE

Richiesta già inserita nella raccolta fabbisogni:

SI (Anno _____)

NO (Perché _____)

DATI DI ATTIVITA'

Volume di attività del reparto nell'ultimo biennio relativamente alla tecnologia oggetto di richiesta (o stima dati di utilizzo in caso di introduzione nuova tecnologia)

- Indicatori quantitativi:

- n. _____ prestazioni erogate per l'anno _____ per la tipologia richiesta
- n. _____ prestazioni erogate per l'anno _____ per la tipologia richiesta
- n. _____ prestazioni presunte la tipologia richiesta (in caso di nuova introduzione)

ALTRI EVENTUALI ULTERIORI ELEMENTI UTILI ALLA VALUTAZIONE DELLA RICHIESTA

TIMBRO E FIRMA DEL RICHIEDENTE

VISTO SI AUTORIZZA:

DIRETTORE SANITARIO
DEL MACROCENTRO

DIRETTORE AMMINISTRATIVO
DEL MACROCENTRO

ACQUISTO CONGRUENTE

SI

UOSD VALUTAZIONE TECNOLOGIE SANITARIE

NO
