Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Rhodense

MODELLO A)

Al Direttore SC Gestione Acquisti

RICHIESTA ACQUISIZIONE FARMACO INFUNGIBILE

Dichiarazione di:

- □ INFUNGIBILITA'
- □ ESCLUSIVITA'

Il sottoscritto: _____

SC/Servizio richiedente (di appartenenza): _____

dichiara che per le indicazioni cliniche di seguito specificate, secondo la farmacopea ufficiale, non risultano disponibili farmaci alternativi equivalenti dal punto di vista clinico terapeutico con effetto terapeutico comparabile (fatte salve le variabilità individuali dei singoli pazienti da trattare).

(Di seguito riportare il dettaglio delle motivazioni che determinano l'infungibilità di quanto richiesto, attestando l'inesistenza di un'alternativa idonea)

_____

_____

_____

Motivazione della presunta infungibilità (scegliere l'opzione di interesse):

□ Farmaci con attività similare ma non impiegabili:

_____
_____

□ Indicazione terapeutica per specifica patologia:

_____
_____

□ Indicazione terapeutica per specifico/i caso/i clinico/i:

_____
_____

□ altro (specificare):

_____
_____

Farmaco: -Principio attivo: _____

-Destinazione d'uso: _____

-Nome commerciale: _____

-Forma farmaceutica: _____

-Dosaggio: _____

-Via di somministrazione: _____

Fornitore: _____

Fabbisogno annuo presunto in UM: _____

Durata proposta del contratto: _____

Data _____

Firma e timbro - Il Direttore SC / Servizio richiedente: _____

Per presa visione: Il Direttore di Farmacia: _____

La presente dichiarazione è resa, essendo a conoscenza delle responsabilità di natura civile, penale, disciplinare e di natura amministrativo-contabile in merito ad attestazione di informazioni false inesatte o erronee.

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Rhodense

MODELLO B)

Al Direttore SC Gestione Acquisti

RICHIESTA ACQUISIZIONE DI DISPOSITIVI MEDICI, REAGENTI ED ALTRI MATERIALI SANITARI INFUNGIBILI

Dichiarazione di:

□ INFUNGIBILITA'

□ ESCLUSIVITA'

Il sottoscritto: _____

SC/Servizio richiedente (di appartenenza): _____

Dipartimento: _____

dichiara che

- per le indicazioni tecniche, diagnostiche e terapeutiche sotto specificate, non risultano disponibili nel repertorio nazionale DM prodotti alternativi con caratteristiche equivalenti, sia in termini prestazionali che funzionali.
- in considerazione delle particolari caratteristiche del prodotto il risultato terapeutico/diagnostico perseguito può essere ottenuto solo ed esclusivamente con il dispositivo di seguito richiesto;

Dispositivo richiesto: caratteristiche tecniche fondamentali, destinazione d'uso, CND (Classificazione Nazionale Dispositivi), Codice repertorio Nazionale (dette indicazioni verranno pubblicate nell'avviso esplorativo):

_____

_____

_____

_____

_____

Dispositivo dedicato ad apparecchiatura?

□ NO

□ SI

Se si, l'apparecchiatura è di proprietà dell'ASST?

□ NO

□ SI

In caso di risposta affermativa specificare quanto di seguito richiesto relativamente all'apparecchiatura:

- modello: _____
- produttore: _____
- fornitore: _____

Specifiche di fornitura:

- fornitore (ragione sociale): _____

- Previsione dei casi da trattare per anno o una tantum: _____
- Previsione dei consumi per anno: _____ _____
- proposta/durata del contratto di fornitura (risposta non vincola la decisione della SC Gestione Acquisti):_____

  _____
- Documentazione scientifica di riferimento: _____

  _____
- Eventuali informazioni aggiuntive (es. necessità di altro materiale per utilizzo, necessità formazione, ecc.: _____

  _____

  _____

Data _____
Firme e timbri: Il Direttore SC richiedente:
_____

Per presa visione:
Il Direttore di Farmacia: _____

Il Direttore SC Ingegneria Clinica: _____
(per materiale dedicato ad apparecchiature di proprietà)

La presente dichiarazione è resa, essendo a conoscenza delle responsabilità di natura civile, penale, disciplinare e di natura amministrativo-contabile in merito ad attestazione di informazioni false inesatte o erronee

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Rhodense

MODELLO C)

Al Direttore SC Gestione Acquisti

RICHIESTA ACQUISIZIONE DI ALTRO MATERIALE SANITARIO DI CONSUMO INFUNGIBILE

Dichiarazione di:

□ INFUNGIBILITA'

□ ESCLUSIVITA'

Il sottoscritto: _____

SC/Servizio richiedente (di appartenenza): _____

Dipartimento: _____

dichiara che

- per le indicazioni tecniche, diagnostiche e terapeutiche sotto specificate, non risultano disponibili nel repertorio nazionale DM prodotti alternativi con caratteristiche equivalenti, sia in termini prestazionali che funzionali.
- in considerazione delle particolari caratteristiche del prodotto il risultato terapeutico/diagnostico perseguito può essere ottenuto solo ed esclusivamente con il dispositivo di seguito richiesto;

e al riguardo si specifica che (riportare le motivazioni di infungibilità per il caso in argomento): _____
_____
_____
_____

Dispositivo richiesto: caratteristiche tecniche fondamentali, destinazione d'uso, (dette indicazioni verranno pubblicate nell'avviso esplorativo):
_____
_____
_____
_____
_____

Nome commerciale: _____ Codice Articolo/REF:_____

- produttore: _____
- fornitore: _____

Fabbisogni stimati annui in termini:

□ di pezzi: _____

□ casi da trattare: _____

□ una tantum: _____

Proposta/durata del contratto di fornitura (non vincola la decisione della SC Gestione Acquisti):_____

Documentazione scientifica di riferimento: _____

_____

- Eventuali informazioni aggiuntive (es. necessità di altro materiale per utilizzo, necessità formazione, ecc.: _____

  _____

  _____

Si allega:

- Prescrizione [ ] sì [ ] no
- Scheda tecnica e depliant del dispositivo [ ] sì [ ] no
- Dichiarazione esclusività ditta [ ] sì [ ] no

Data _____
Firme e timbri: Il Direttore SC richiedente:
_____

Per presa visione:
Il Direttore di Farmacia: _____

Il Direttore SC Ingegneria Clinica: _____
(per materiale dedicato ad apparecchiature di proprietà)

La presente dichiarazione è resa, essendo a conoscenza delle responsabilità di natura civile, penale, disciplinare e di natura amministrativo-contabile in merito ad attestazione di informazioni false inesatte o erronee

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Rhodense

MODELLO D)

Al Direttore SC Gestione Acquisti

RICHIESTA ACQUISIZIONE DI BENI DUREVOLI INFUNGIBILI

Dichiarazione di:

- □ INFUNGIBILITA'
- □ ESCLUSIVITA'

Il sottoscritto: _____

SC richiedente (di appartenenza): _____

Dipartimento: _____

dichiara che, per le indicazioni tecniche, diagnostiche e terapeutiche sotto specificate, non risultano disponibili alternative con altre apparecchiature che garantiscano soluzioni equivalenti.

Tipologia di bene durevole (scegliere l'opzione):

- □ apparecchiatura sanitaria
- □ componenti ed accessori di apparecchiatura sanitaria
- □ strumentazione IDV
- □ attrezzatura tecnico economale
- □ hardware
- □ software

Descrizione caratteristiche tecniche fondamentali (che verranno pubblicate nell'avviso esplorativo):

_____
_____
_____
_____
_____

Fornitore (ragione sociale): _____

Necessita di materiale di consumo? (scegliere l'opzione di interesse):

[ ]NO [ ] SI

In caso di risposta affermativa specificare:

- tipologia: _____
- fabbisogno annuo _____

Data _____

Firme e timbri:
Il Direttore SC richiedente:

Ovvero _____

Il Direttore SC Sistemi Informativi Aziendali:
(per acquisizione di HW e SW) _____

Per presa visione:
Il Direttore SC Ingegneria Clinica: _____

La presente dichiarazione è resa, essendo a conoscenza delle responsabilità di natura civile, penale, disciplinare e di natura amministrativo-contabile in merito ad attestazione di informazioni false inesatte o erronee

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Rhodense

MODELLO E)

Al Direttore SC Gestione Acquisti

RICHIESTA ACQUISIZIONE SERVIZI DI MANUTENZIONE DELLE ATTREZZATURE /APPARECCHIATURE SANITARIE, HARDWARE E SOFTWARE

Dichiarazione di:

☐ INFUNGIBILITA'

☐ ESCLUSIVITA'

Il sottoscritto: _____

SC richiedente (di appartenenza):

_____

Dipartimento: _____

dichiara che per le indicazioni tecniche risultano specificate, non sono disponibili servizi alternativi con caratteristiche equivalenti, sia in termini prestazionali che funzionali.

Servizio di manutenzione riferito a:
- ☐ apparecchiatura sanitaria
- ☐ hardware
- ☐ software

Riportare quanto di seguito richiesto relativamente:

- All'apparecchiatura tecnico / sanitaria o all'hardware di proprietà:

a) nome e modello: _____
b) fornitore: _____
c) ubicazione: _____

- Al software di proprietà o in uso:

a. nome: _____
b. fornitore: _____

Oggetto della richiesta: descrizione del servizio di manutenzione richiesto e perché si ritiene non possibile l'affidamento del servizio ad altri operatori economici

_____
_____
_____
_____

Specifiche di fornitura:
- fornitore (ragione sociale): _____
- proposta durata contratto (non vincola la decisione della SC Gestione Acquisti): _____
- spesa presunta annua (IVA esclusa): _____

Data _____

Firme e timbri:

Il Direttore SC Ingegneria Clinica: _____
(per i servizi di manutenzione delle apparecchiature sanitarie e tecniche)

ovvero

Il Direttore SC Sistemi Informativi Aziendali: _____
(per i servizi di manutenzione HW e SW)

La presente dichiarazione è resa, essendo a conoscenza delle responsabilità di natura civile, penale, disciplinare e di natura amministrativo-contabile in merito ad attestazione di informazioni false inesatte o erronee