Compilare ed inviare a:

Per ACQUISTI: aoup.acquistits@ao-pisa.toscana.it

Per NOLEGGI/SERVICE/LEASING: aoup.servicets@ao-pisa.toscana.it

DIPARTIMENTO: _____ **DIR.** _____

U.O./S.D. UTILIZZATRICE*: _____

DIR U.O./S.D.:_____

***REFERENTE PER LA PRATICA*:**_____

TEL**:**_____FAX**:**_____CELL:_____ E-MAIL:_____

UNITÀ DI PRELIEVO (UDP): _____

SI CHIEDE L'ACQUISIZIONE DI:

N._____ ☐ **A**PPARECCHIATURA ☐ ACCESSORIO

DESCRIZIONE**:_____

_____

ATTIVITÀ CLINICA CORRELATA:

* In caso di richiesta per Libera Professione scrivere: **LIBERA PROFESSIONE** – UO/SD SANITARIA DI RIFERIMENTO, il Dir. UO da indicare è quello della Libera Professione.

** Specificare costruttore, fornitore e modello solo in caso di adesione a gara esistente o proroga di contratto in essere

CARATTERISTICHE TECNICHE DEL PRODOTTO:

Se richiesta una APPARECCHIATURA descrivere gli ACCESSORI necessari

solo in caso di adesione a gara specificare il codice

Codice	Descrizione accessorio	q.tà

MODALITÀ DI ACQUISIZIONE *compilare* ***solo*** *se già a conoscenza di aggiudicazione ESTAR/CONSIP* **:**

○ ACQUISTO ○ NOLEGGIO ○ SERVICE ○ LEASING CON RISCATTO

○ INDIZIONE NUOVA GARA ○ ADESIONE A GARA ESISTENTE

se a conoscenza indicare:

DET ESTAR, convenzione CONSIP o riferimento MEPA, quindi LOTTO e DITTA FORNITRICE

_____

_____

compilare quando necessario mantenimento di attività in essere

☐ PROROGA DI NOLEGGIO, SERVICE, LEASING

☐ **PROGETTO FINANZIATO** *compilare obbligatoriamente il seguente prospetto*

Ente finanziatore: REGIONE ○ MINISTERO ○ ALTRO ○

Tipologia di bando: _____

Denominazione Progetto: _____

_____

*(se conosciuto indicare) Documento di approvazione n°:*_____*del*_____

Delibera di recepimento AOUP n°:_____del_____ **CUP**_____

Inizio progetto:_____ Scadenza Progetto _____ **UdP** _____ **Cod. Progetto**_____

Responsabile scientifico:_____tel/cell:_____

e-mail:_____Fax:_____

RAD**:**_____ tel/cell:_____

e-mail:_____Fax:_____

Si dichiara disponibilità di copertura economica pari a **€**_____ **IVA INCLUSA** per l'acquisizione richiesta

RAD
(timbro e firma)

Il Responsabile Scientifico
(timbro e firma)

☐ **FONDI DI REPARTO** *compilare il prospetto che segue:*

Si dichiara disponibilità di copertura economica pari a **€**_____ **IVA INCLUSA** per l'acquisizione richiesta.

Responsabile scientifico: _____

e-mail:_____ tel/cell:_____

RAD**:**_____ tel/cell:_____ e-mail: _____

UdP _____ **Cod. Aziendale Fondo**_____

RAD
(timbro e firma)

Il Responsabile Scientifico
(timbro e firma)

☐ **NESSUN FONDO SPECIFICO DISPONIBILE**

La compilazione di questa pagina è indispensabile per l'eventuale attivazione dell'iter di acquisizione, nel caso non siano disponibili fondi specifici e sia necessario ricorrere a fondi aziendali (AOUP) spuntare obbligatoriamente la voce "NESSUN FONDO…"

Si chiede di procedere all'acquisizione dell'apparecchiatura sopra descritta per le seguenti ragioni:

◯ **Mantenimento** di un servizio necessario o continuazione di studio clinico

◯ **Potenziamento** parco macchine esistente mediante nuova acquisizione

◯ **Sostituzione** di apparecchiatura obsoleta ◯ **Sostituzione di apparecchiatura dichiarata FUORI USO**

In caso di sostituzione indicare **sempre** i dati dell'apparecchiatura da dismettere e allegare, quando presente, **richiesta/dichiarazione** di **FUORI USO**

Tipologia:_____Ditta:_____Modello:_____

Presidio:_____Edificio_____Piano:_____Stanza:_____ Inv.: N°_____

Fornitura complementare/aggiornamento tecnologico di apparecchiatura già in uso

In caso di fornitura complementare indicare i dati dell'apparecchiatura destinataria della fornitura

Tipologia:_____Ditta:_____Modello:_____

Presidio:_____Edificio:_____Piano:_____Stanza:_____Inv. N°:_____

Le apparecchiature saranno ubicate nelle seguenti strutture

N° app.:_____ Presidio ◯ CISANELLO ◯ S. CHIARA Stabile:_____Piano:_____Stanza:_____

N° app.:_____ Presidio ◯ CISANELLO ◯ S. CHIARA Stabile:_____Piano:_____Stanza:_____

N° app.:_____ Presidio ◯ CISANELLO ◯ S. CHIARA Stabile:_____Piano:_____Stanza:_____

N° app.:_____ Presidio ◯ CISANELLO ◯ S. CHIARA Stabile:_____Piano:_____Stanza:_____

E' necessario il cambio di destinazione d'uso del locale? SI ◯ NO ◯

Se **SI** indicare vecchia e nuova destinazione d'uso

Vecchia destinazione d'uso:_____

Nuova destinazione d'uso:_____

COSTI STIMATI *da compilare* ***solo*** *se conosciuti*

Per **acquisto** Costo stimato bene _____ IVA esclusa

Per **Noleggio/Service** Canone mensile bene_____ IVA esclusa

N° mesi del Contratto ____ Costo totale contratto_____ IVA esclusa

Per **attività a prestazione** Costo prestazione_____ IVA esclusa N° mesi del Contratto____

N° Prestazioni/mese ____ Costo totale contratto _____ IVA esclusa

MATERIALI DI CONSUMO

*da compilare **obbligatoriamente** quando è necessario per l'utilizzo dell'apparecchiatura richiesta*

Monouso ○ **Pluriuso** ○ **Dedicato** ○ **Compatibile** ○

DESCRIZIONE: _____

QUANTITÀ prevista in un anno: _____ Costo unitario stimato: _____

Monouso ○ **Pluriuso** ○ **Dedicato** ○ **Compatibile** ○

DESCRIZIONE: _____

QUANTITÀ prevista in un anno: _____ Costo unitario stimato: _____

Monouso ○ **Pluriuso** ○ **Dedicato** ○ **Compatibile** ○

DESCRIZIONE: _____

QUANTITÀ prevista in un anno: _____ Costo unitario stimato: _____

Monouso ○ **Pluriuso** ○ **Dedicato** ○ **Compatibile** ○

DESCRIZIONE: _____

QUANTITÀ prevista in un anno: _____ Costo unitario stimato: _____

Monouso ○ **Pluriuso** ○ **Dedicato** ○ **Compatibile** ○

DESCRIZIONE: _____

QUANTITÀ prevista in un anno: _____ Costo unitario stimato: _____

Costo totale annuo:_____IVA esclusa_____IVA inclusa

Il materiale sopra descritto è ***DELIBERATO*** ? ☐ **SI** ☐ **NO** **DET ESTAR:**_____

Vista ed approvata da:

Dir. Dipartimento: TIMBRO e FIRMA **data:**_____

Dir. U.O. Utilizzatrice/Libera Professione: TIMBRO e FIRMA **data:**_____

Dir. U.O. Farmaceutica: TIMBRO e FIRMA **data:**_____