



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 5

- Relazione sulla compatibilità economica e congruità;
- Indicazione del fabbisogno annuo e relazione sui volumi di attività che si intendono realizzare.

I sottoscritti dichiarano che per le indicazioni tecniche, diagnostiche e terapeutiche sopra specificate non sono disponibili, nel repertorio nazionale Dispositivi Medici, prodotti alternativi con caratteristiche che garantiscano soluzioni equivalenti in termini di prestazioni o requisiti funzionali, e di essere a conoscenza delle possibili responsabilità di natura civile, penale, disciplinare ed amministrativo-contabile, in merito all'attestazione di informazioni false, inesatte od erranee e di essere informati che, ai sensi dell'art.76 DPR 28/12/2000, n.445 "Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale a d uso di atto falso"

Data 05 luglio 2024

Firma leggibile

Il Direttore/Dirig.resp. della UO richiedente Anestesia e rianimazione PO Tivoli-Subiaco
Dr. Luca Severi



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 5



REGIONE
LAZIO

Al Responsabile UOC Appalti e Contratti

RICHIESTA DI ACQUISIZIONE DI DISPOSITIVI MEDICI INFUNGIBILI

UOC richiedente: UOC Anestesia e Rianimazione PO Tivoli

Dipartimento: DEA

Dispositivo richiesto, descrizione e caratteristiche tecniche: _____

FLOTRACH MHD6R.10 N 30 PEZZI(30 CONFEZIONI)

Numero di repertorio: SIC 5567 (APPARECCHIATURA DI PROPRIETA')

Dispositivo dedicato ad apparecchiatura di proprietà? (scegliere l'opzione di proprio interesse)

- NO
- SI

numero di inventario cespiti _____

modello PIATTAFORMA DI MONITORAGGIO EMODINAMICO HEMOSPHERE

ubicazione RIANIMAZIONE PO TIVOLI

Produttore: EDWARDS LIFESCIENCES

Fornitore: EDWARDS LIFESCIENCES

Confezione da: _____

Prezzo unitario a confezione: Si allega relazione tecnico clinica

Fabbisogno presunto annuo in unità di misura: _____

Spesa presunta in Euro iva esclusa: _____

Durata proposta del contratto di fornitura: _____

Informazioni aggiuntive:

si allega alla presente istanza:

- Relazione tecnico - clinica motivante la richiesta;
- Documentazione scientifica;