

U.O. INFORMATION & COMMUNICATION TECHNOLOGIES (ICT)HSI1	OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO	MODAZHSI_0104		
	MODULO AZIENDALE	Rev. 0	Data 20/02/2019	Pag 1 di 3
DICHIARAZIONE ESCLUSIVITA' APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI				

U.O. _____
 CDC: _____

**Ai sensi dell'art. 63 comma 2 lettera b del D.Lgs 50/2016
 Assumo personale responsabilità che il seguente prodotto:**

Descrizione: _____

Destinazione d'uso:

Codice Prodotto/Nome Commerciale:

Fabbricante: _____

Distributore: _____

Da acquisire presso la Ditta: _____

Classe CND : _____

Numero Iscrizione Repertorio Nazionale Dispositivi Medici: _____

Conformità 93/42/CE e s.m.i. (47/2007) e relativa classificazione (I, IIa, IIb, III):

Potenza assorbita (W): _____

Presenza Sorgenti Laser/RX: _____

Indicare eventuale necessità di particolari predisposizioni impiantistiche (elettriche, idrauliche, climatizzazione/ricambi aria ecc...) e/o schermature e/o rinforzo strutturale (indicare il peso il Kg)

- Apparecchiature di nuovo inserimento
- Apparecchiatura già presente presso il Policlinico

Redatto U.O. HSI ; U.O. HPR	Controllato RAQ U.O.	Approvato Direzione U.O.
--------------------------------	-------------------------	-----------------------------

U.O. INFORMATION & COMMUNICATION TECHNOLOGIES (ICT)HSI1	OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO	MODAZHSI_0104		
	MODULO AZIENDALE	Rev. 0	Data 20/02/2019	Pag 2 di 3
DICHIARAZIONE ESCLUSIVITA' APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI				


Indicare il fabbisogno presunto: _____


Quantità richiesta: _____

Prezzo unitario: _____


Prezzo totale presunto della fornitura (IVA esclusa): _____

- 1) **CARATTERISTICHE DI INFUNGIBILITÀ:** **dichiaro che il prodotto è infungibile in quanto non ha alternativa terapeutica o diagnostica o tecnica. E' l'unico, prodotto che può essere utilizzato per** *(indicare con dettagliata relazione anche con evidenze scientifiche / pubblicazioni).* (Art. 63, c. 2, lett. b del D. Lgs. 50/2016):

 Allegare dichiarazione **di privativa industriale per destinazione d'uso**
Brevetto n.: _____
firmata in originale dal rappresentante legale della ditta **non antecedente a 6 mesi.**

 Casistica a cui è dedicato il prodotto:

 Specificare la procedura in cui l'apparecchiatura verrà impiegata: _____

 Indicare eventuale numero di apparecchiature identiche già presenti presso l'U.O.
(uniformità della dotazione): _____

Allegare dichiarazione della Ditta produttrice firmata in originale dal rappresentate legale della ditta non antecedente a 6 mesi

Redatto U.O. HSI ; U.O. HPR	Controllato RAQ U.O.	Approvato Direzione U.O.
--------------------------------	-------------------------	-----------------------------

U.O. INFORMATION & COMMUNICATION TECHNOLOGIES (ICT)HSI1	OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO	MODAZHSI_0104		
	MODULO AZIENDALE	Rev. 0	Data 20/02/2019	Pag 3 di 3
	DICHIARAZIONE ESCLUSIVITA' APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI			

2) Specificare se l'apparecchiatura utilizza materiale di consumo dedicato:

- SI
 No

3) In caso di risposta affermativa indicare in modo dettagliato le motivazioni per cui i prodotti:

a) Garantiscono, in esclusiva, l'attendibilità dell'esito dell'esame

b) Sono unici per compatibilità con l'attrezzatura

4) Fabbisogno annuo presunto/numero trattamenti annui presunti: _____

Prezzo unitario: _____

Prezzo totale presunto della fornitura: _____

LE DICHIARAZIONI SONO RESE SEMPRE SOTTO LA PERSONALE RESPONSABILITA' PENALE, CIVILE, AMMINISTRATIVO-CONTABILE E DISCIPLINARE PREVISTA PER I DIPENDENTI DELLE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE (ART. 20 D.LGS. N. 29/93, COMMA 10).

Il Direttore/Responsabile
della U.O. richiedente

(timbro e firma)

Il Direttore di Dipartimento

(timbro e firma)

Data, _____

Redatto U.O. HSI ; U.O. HPR	Controllato RAQ U.O.	Approvato Direzione U.O.
--------------------------------	-------------------------	-----------------------------