



**MODULO PER LA RICHIESTA DI VALUTAZIONE DI
BENI o SERVIZI INFUNGIBILI**

secondo quanto previsto Linee Guida n. 8 recanti "Ricorso a procedure negoziate senza previa pubblicazione di un bando nel caso di forniture e servizi ritenuti infungibili."

DATI DEL RICHIEDENTE	
Nome e cognome <u>LEONELLO FUSO</u>	E-mail <u>-</u> Tel. <u>-</u>
Dipartimento/U.O. <u>-</u>	Centro di costo <u>U.O. MALATTIE APP. RESPIRATORIO</u>
Attività del richiedente: <input checked="" type="checkbox"/> Medico ospedaliero <u>DT 0000 MAR</u>	
OGGETTO DELLA RICHIESTA (barrare la voce corrispondente)	
<input type="checkbox"/> dispositivo medico (DM) <input checked="" type="checkbox"/> dispositivo medico dedicato ad apparecchiature elettromedicali <input type="checkbox"/> altro bene sanitario o economale	
TIPOLOGIA DI RICHIESTA	
<input checked="" type="checkbox"/> Integrazione fabbisogno <input type="checkbox"/> Altro.....	
MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA E IMPIEGO PREVISTO:	
<p><u>PALLONCINO GOMFIABILE DA APPLICARE ALLA PUNTA DELL'ECOBRONCOSCOPIO PER FAVORIRE IL CONTATTO CON LA MURTE TRACHEALE E OTTIMIZZARE LA VISIONE ECOGRAFICA</u></p>	
DESCRIZIONE DEL BENE RICHIESTO: DATI GENERALI	
Nome commerciale e modello <u>PALLONCINO PER ECOBRONCOSCOPIO</u>	
Fabbricante <u>OLYMPUS</u>	Codice attribuito dal Fabbricante <u>MAI-1351</u>
Fornitore	Codice attribuito dal Fornitore
<i>(solo per i Dispositivi Medici)</i>	
Tipo di DM: .tipo 1 (DM di classe I, IIa, IIb e III, DM impiantabili attivi, IVD) .tipo 2 (kit e assemblati)	
Codice Repertorio Nazionale DM Classificazione Nazionale Dispositivi Medici-CND	
Classe di Rischio DM e Impianta bili attivi (DLgs 46/97, DLgs 507/92): <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III	
CARATTERISTICHE TECNICHE GENERALI	
Descrizione..... <u>PALLONCINO PER ECOBRONCOSCOPIO</u>	
Destinazione d'uso (impiego a cui il dispositivo è stato destinato dal fabbricante e riportato sulle etichette, nelle istruzioni per l'uso, nel materiale promozionale) <u>DA APPLICARE ALL'ECOBRONCOSCOPIO</u>	

DICHIARAZIONE D'INFUNGIBILITÀ (da sottoscrivere in caso di bene \ servizio dichiarato infungibile): i sottoscritti dichiarano che per le indicazioni tecniche \ diagnostiche \ cliniche sopra specificate non sono a conoscenza della disponibilità sul mercato di soluzioni \ prodotti e\o sistemi alternativi ed equivalenti sotto il profilo funzionale di risultato; dichiarano inoltre di essere a conoscenza delle possibili responsabilità di natura civile, penale, disciplinare ed amministrativo-contabile, in merito all'attestazione di Informazioni false, inesatte od erronee e di essere informati che ai sensi dell'art. 76 d.P.R. 28 dicembre 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 ad uso di atto falso>.

Direttore della Unità Operativa

Firma e timbro



Per il funzionamento è necessario l'uso combinato con altri DM, farmaci o apparecchiature?

Sì, indicare quali ECO RADIOSCOPIO

No

FABBISOGNO ANNUO PREVISTO (QUANTITÀ DI DM) 80 COSTO UNITARIO (€) IVA inclusa circa 35€

Il prodotto richiesto è già stato: utilizzato come campione gratuito? Sì No

Il prodotto \ servizio richiesto è già stato impiegato in pregresse indagine cliniche Sì No

Il prodotto \ servizio richiesto possiede le caratteristiche di: **esclusività** **infungibilità**

ESCLUSIVITÀ: prodotti o beni che possono essere ricondotti ad un unico operatore economica:
- per ragioni tecniche in quanto dotati di oggettive caratteristiche tecniche uniche, imprescindibili per l'attività diagnostiche e terapeutiche, ragioni giuridiche attinenti allo tutela dei diritti esclusivi (protetti da brevetto, privative industriali, diritto d'autore)
possono essere forniti da operatore economico determinato, anche se di per sé fungibili con altri prodotti o tecniche che garantiscono equivalenti prestazioni e risultati.

INFUNGIBILITÀ: prodotti non equivalenti ad altri, né per utilità né per valore e, quindi, non interscambiabili con altri. L'infungibilità in campo sanitario attiene alla mancanza di una alternativa diagnostica, terapeutica o tecnica; attiene cioè ad aspetti funzionali, di utilizzo clinica o di risultato.

(solo per i Dispositivi Medici) **DISPOSITIVI MEDICI SIMILI**

Sono disponibili alternative nel repertorio aziendale?

No

Sì, specificare:

- quali (nome commerciale e modello)

- motivazione mancato impiego alternativa disponibile



MODULO PER LA RICHIESTA DI VALUTAZIONE DI BENI o SERVIZI INFUNGIBILI

secondo quanto previsto Linee Guida n. 8 recanti "Ricorso a procedure negoziate senza previa pubblicazione di un bando nel caso di forniture e servizi ritenuti infungibili."

DATI DEL RICHIEDENTE

Nome e cognome LEONELLO FUSO E-mail Tel.
 Dipartimento/U.O. Centro di costo MAR. 101040000
 Attività del richiedente: Medico ospedaliero

OGGETTO DELLA RICHIESTA (barrare la voce corrispondente).

- dispositivo medico (DM)
 dispositivo medico dedicato ad apparecchiature elettromedicali
 altro bene sanitario o economico

TIPOLOGIA DI RICHIESTA

Integrazione fabbisogno

Altro.....

MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA E IMPIEGO PREVISTO:

MATERIALE DI CONSUMO PER POLIGRAFO
MEDICAIR

DESCRIZIONE DEL BENE RICHIESTO: DATI GENERALI

ACTX 2010 CATIGLIONE
 ACTX 1030 FASCE TORACICHE
 ACTX 1040 FASCE TORACICHE

Nome commerciale e modello

Fabbricante MEDICAIR Codice attribuito dal Fabbricante

Fornitore MEDICAIR Codice attribuito dal Fornitore

(solo per i Dispositivi Medici)

Tipo di DM: tipo 1 (DM di classe I, IIa, IIb e III, DM impiantabili attivi, IV) .tipo 2 (Itr e assemblati)

Codice Repertorio Nazionale DM Classificazione Nazionale Dispositivi Medici-CND

Classe di Rischio DM e Impianti bili attivi (DLgs 46/97, DLgs 507/92): I IIa IIb III

CARATTERISTICHE TECNICHE GENERALI

Descrizione..... PARANNE TIRATI e FASCE TORACICHE di VARIE MISURE
INDISPENSABILI PER LA REGISTRAZIONE DEI PARAMETRI
POLISINOGRAFICI

Destinazione d'uso (impiego a cui il dispositivo è stato destinato dal fabbricante e riportato sulle etichette, nelle istruzioni per l'uso, nel materiale promozionale) MATERIALE DI CONSUMO PER POLIGRAFO MEDICAIR

DICHIARAZIONE D'INFUNGIBILITÀ (da sottoscrivere in caso di bene \ servizio dichiarato infungibile); i sottoscritti

dichiarano che per le indicazioni tecniche \ diagnostiche \ cliniche sopra specificate non sono a conoscenza della disponibilità sul mercato di soluzioni \ prodotti o sistemi alternativi ed equivalenti sotto il profilo funzionale di risultato; dichiarano inoltre di essere a conoscenza delle possibili responsabilità di natura civile, penale, disciplinare ed amministrativo-contabile, in merito all'articolazione di informazioni false, inesatte od erronee e di essere informati che ai sensi dell'art. 76 d.P.R. 28 dicembre 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 ad uso di atto falso>.

Direttore della Unità Operativa

Firma e timbro

[Firma e timbro illeggibili]

ACNX 1030 € 4,88
ACNX 1040 € 5,40
ACNX 1020 € 2,47

Per il funzionamento è necessario l'uso combinato con altri DM, farmaci o apparecchiature?

Sì, indicare quali POLIGRAF MEDICAR

No { ACNX 2010 = 130 ACNX 1040 = 40
ACNX 1030 = 140

FABBISOGNO ANNUO PREVISTO (QUANTITÀ DI DM) COSTO UNITARIO (€) IVA inclusa

Il prodotto richiesto è già stato utilizzato come campione gratuito? Sì No

Il prodotto \ servizio richiesto è già stato impiegato in pregressa indagine clinica? Sì No

Il prodotto \ servizio richiesto possiede le caratteristiche di: esclusività infungibilità

ESCLUSIVITÀ: prodotti o beni che possono essere ricondotti ad un unico operatore economico:
- per ragioni tecniche in quanto dotati di oggettive caratteristiche tecniche uniche, imprescindibili per l'attività diagnostica e terapeutica, ragioni giuridiche attinenti alla tutela dei diritti esclusivi (protetti da brevetto, privativa industriale, diritto d'autore)
possono essere forniti da operatore economico determinata, anche se di per sé fungibili con altri prodotti o tecniche che garantiscono equivalenti prestazioni e risultati.
INFUNGIBILITÀ: prodotti non equivalenti ad altri, né per utilità né per valore e, quindi, non interscambiabili con altri. L'infungibilità in campo sanitario attiene alla mancanza di una alternativa diagnostica, terapeutica o tecnica, attiene cioè ad aspetti funzionali, di utilizzo clinico o di risultato.

(solo per i Dispositivi Medici) **DISPOSITIVI MEDICI SIMILI**

Sono disponibili alternative nel repertorio aziendale?

No

Sì, specificare:

- quali (nome commerciale e modello)
- motivazione mancato impiego alternativa disponibile



MODULO PER LA RICHIESTA DI VALUTAZIONE DI BENI o SERVIZI INFUNGIBILI

secondo quanto previsto Linee Guida n. 8 recanti "Ricorso a procedure negoziate senza previa pubblicazione di un bando nel caso di forniture e servizi ritenuti infungibili."

DATI DEL RICHIEDENTE	
Nome e cognome <u>LEONELLO FUSO</u>	E-mail <u>ni</u>
Dipartimento/U.O. <u>MAC</u> Centro di costo <u>07030MAR.0000</u>	Telefono <u>070307722</u>
Attività del richiedente: <input checked="" type="checkbox"/> Medico ospedaliero	
OGGETTO DELLA RICHIESTA (barrare la voce corrispondente)	
<input type="checkbox"/> dispositivo medico (DM) <input checked="" type="checkbox"/> dispositivo medico dedicato ad apparecchiature elettromedicali <input type="checkbox"/> altro bene sanitario o economale	
TIPOLOGIA DI RICHIESTA	
<input checked="" type="checkbox"/> Integrazione fabbisogno <input type="checkbox"/> Altro.....	
MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA E IMPIEGO PREVISTO:	
<p>MATERIALE NECESSARIO PER IL CORRETTO FUNZIONAMENTO DELLO SPIROMETRO VYNTUS-ONE (LINEA DI CAMPIONAMENTO)</p> <p>MATERIALE NECESSARIO PER LA CORRETTA ESECUZIONE DELLE MANOVRE RESPIRATORIE PREVENENDO IL RISCHIO DI DIFFUSIONE INFETTIVA (STRIPKINASSO E FILTRI ANTIBATTERICI)</p>	
DESCRIZIONE DEL BENE RICHIESTO: DATI GENERALI	
Nome commerciale e modello <u>- LINEA DI CAMPIONAMENTO VYNTUS-ONE</u> <u>- STRIPKINASSO</u> <u>- FILTRO ANTIBATTERICO COIBENTE - MACCHINA</u>	
Fabbricante <u>VYAIRE MEDICAL</u>	Codice attribuito dal Fabbricante <u>-V 892895</u>
Fornitore	Codice attribuito dal Fornitore <u>-V 892381</u>
<i>(solo per i Dispositivi Medici)</i>	
Tipo di DM: tipo 1 (DM di classe I, IIa, IIb e III, DM impiantabili attivi, IVD), tipo 2 (kit e assemblati)	
Codice Repertorio Nazionale DM Classificazione Nazionale Dispositivi Medici-CND	
Classe di Rischio DM e Impianti bili attivi (DLgs 46/97, DLgs 507/92): <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III	
CARATTERISTICHE TECNICHE GENERALI	
Descrizione <u>- LINEA DI CAMPIONAMENTO GAS PER SPIROMETRO</u>	
<u>- STRIPKINASSO</u> <u>- FILTRO ANTIBATTERICO COIBENTE - MACCHINA</u>	
Destinazione d'uso (impiego a cui il dispositivo è stato destinato dal fabbricante e riportato sulle etichette, nelle istruzioni per l'uso, nel materiale promozionale) <u>SPIROMETRO VYNTUS-ONE</u>	

DICHIARAZIONE D'INFUNGIBILITÀ (da sottoscrivere in caso di bene \ servizio dichiarato infungibile): i sottoscritti

dichiarano che per le indicazioni tecniche \ diagnostiche \ cliniche sopra specificate non sono a conoscenza della disponibilità sul mercato di soluzioni \ prodotti e/o sistemi alternativi ed equivalenti sotto il profilo funzionale di risultato; dichiarano inoltre 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 d.P.R. 28 dicembre 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 ad uso di atto falso>.

Direttore della Unità Operativa

Firma e timbro

[Firma e timbro illeggibili]

FILTRO V-892381 = 1,192 pz
STRINCINATO V-292395 = 0,20 pz
LINEA DA V-40422 = 603,00 pz
CAMPIONAMENTO

Per il funzionamento è necessario l'uso combinato con altri DM, farmaci o apparecchiature?

Sì, indicare quali SPIROMETRO VYATKIS-ONE

No LINEA DI CAMPIONAMENTO 2 STRINCINATO 200 FILTRO 4000 / ANNO

FABBISOGNO ANNUO PREVISTO (QUANTITÀ DI DM) COSTO UNITARIO (€) IVA inclusa

Il prodotto richiesto è già stato utilizzato come campione gratuito? Sì No

Il prodotto \ servizio richiesto è già stato impiegato in pregresse indagini cliniche Sì No

Il prodotto \ servizio richiesto possiede le caratteristiche di: esclusività infungibilità

ESCLUSIVITÀ: prodotti o beni che possono essere ricondotti ad un unico operatore economico:
- per ragioni tecniche in quanto dotati di oggettive caratteristiche tecniche uniche, imprescindibili per l'attività diagnostiche e terapeutiche, ragioni giuridiche attinenti allo tutela dei diritti esclusivi (protetti da brevetto, privative industriali, diritto d'autore)
possono essere forniti da operatore economico determinato, anche se di per sé fungibili con altri prodotti o tecniche che garantiscono equivalenti prestazioni e risultati.

INFUNGIBILITÀ: prodotti non equivalenti ad altri, né per utilità né per valore e, quindi, non interscambiabili con altri. L'infungibilità in campo sanitario attiene alla mancanza di una alternativa diagnostica, terapeutica o tecnica; attiene cioè ad aspetti funzionali, di utilizzo clinico o di risultato.

(solo per i Dispositivi Medici) **DISPOSITIVI MEDICI SIMILI**

Sono disponibili alternative nel repertorio aziendale?

No

Sì, specificare:

- quali (nome commerciale e modello)
- motivazione mancato impiego alternativa disponibile