



### 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 DR AUGUSTO POCOBENI E-mail ..... Tel. ....

Dipartimento/U.O. ..... Centro di costo .....

Attività del richiedente:  Medico ospedaliero UOC OFTALMOLOGIA BANCA DEGLI OCCHI

---

**OGGETTO DELLA RICHIESTA (barrare la voce corrispondente)**

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

**TIPOLOGIA DI RICHIESTA**

Integrazione fabbisogno  
 Altro.....

**MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA E IMPIEGO PREVISTO:** IL PRODOTTO RICHIESTO PER QUANTO NOTO, RISULTA ESSERE L'UNICO AD AVERE DOPPIA AFFILATURA E PERPETUAMENTE COMPATIBILE CON I TRAPANI MORIA GIÀ IN USO NELLA NOSTRA STRUTTURA. LA FORNITURA SARA' IN CONTO DEPOSITO IN CONSI DERAZIONE DELL'ALTRA GATTA DA MUSURE.

**DESCRIZIONE DEL BENE RICHIESTO: DATI GENERALI**

Nome commerciale e modello ONE PUNCH CORNEALE MONOUSO CON SUZIONE

Fabbricante MORIA Codice attribuito dal Fabbricante 182000

Fornitore OPTARISTON OFTALMOLOGIA 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, IVD) tipo 2 (kit e assemblati)

Codice Repertorio Nazionale DM 636148 Classificazione Nazionale Dispositivi Medici-CND Q.02.0201

Classe di Rischio DM e Impiantabili attivi (D.Lgs 46/97, D.Lgs 507/92):  I  IIa  IIb  III

**CARATTERISTICHE TECNICHE GENERALI**

Descrizione PUNCH CORNEALE CON SUZIONE: LAMA IN ACCIAIO CON DOPPIA AFFILATURA

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) IMPIEGO NELLA CHIRURGIA LATELARE. PREPARAZIONE DEL LEMBO CORNEALE DEL DONATORE PER IMPIANTO SUL RICEVENTE

**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

Azienda ospedaliera  
San Giovanni Addolorata  
UOC Oftalmologia Banca degli Occhi  
Direttore P. Pocobelli

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

Sì, indicare quali .....

No

FABBISOGNO ANNUO PREVISTO (QUANTITÀ DI DM) 100 ..... COSTO UNITARIO (€) IVA inclusa 134,20

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 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 .....