



ASL PESCARA

U.O.C. GESTIONE APPROVVIGIONAMENTI BENI E SERVIZI

RICHIESTA DI DISPOSITIVI MEDICI/ BENI SANITARI

Data ricezione ____ / ____ / ____

DATI RICHIEDENTE

Struttura richiedente: _____

Referente Richiesta : _____ Mail: _____ Tel. _____

MOTIVAZIONI DELLA RICHIESTA DI ACQUISITO, SPECIFICANDO LE EVENTUALI RAGIONI DI URGENZA

DESCRIZIONE DEL DISPOSITIVO RICHIESTO ED INDICAZIONE DI EVENTUALI DITTE PRODUTTRICI

Indicazione del dispositivo, Dettaglio delle caratteristiche tecniche, fabbisogni, eventuali ditte offerenti

CONTRATTO DI RIFERIMENTO

N° Contratto (da gestionale) _____

Fornitore _____

Codice Dispositivo Asl _____

Nominativo DEC e recapiti Tel. e email _____

COSTO INDICATIVO DELLA FORNITURA RICHIESTA

UNITARIO € _____ (IVA esclusa)

COMPLESSIVO PER IL FABBISOGNO INDICATO: € _____ (IVA esclusa)

Si allega CAPITOLATO

Il Direttore dell'U.O. richiedente

Nominativo in stampatello: _____

Timbro e Firma: _____

Data: ____ / ____ / ____

Il Direttore di Dipartimento

Nominativo in stampatello: _____

Timbro e Firma: _____

Data: ____ / ____ / ____