



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Servizio Ingegneria Clinica
Direttore Dott. Romano Giuseppe

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO**



REGIONE CALABRIA

Int. n. _____
del ___/___/___

**Allegato 7)
Richiesta Acquisto Nuova Apparecchiatura Sanitaria**

Struttura Proponente:

Struttura: _____ ; Reparto / U.O. / Serv.: _____

Centro Di Costo: _____ ;

Nominativo: _____ ; Qualifica e Ruolo: _____

Telefono: _____ ; Fax _____ ; e-mail: _____@asp.cz.it

Tecnologia Proposta:

Descrizione Apparecchiatura: _____

Identificazione dell'apparecchio:

Per apparecchiature dichiarate esclusivamente infungibili allegare modulo aziendale di infungibilità e/o esclusività apparecchiature biomediche.

Nome Commerciale	
Tipologia:	
Costruttore - Fornitore:	
Modello:	
Destinazione d'Uso	

La nuova apparecchiatura è richiesta per:

Fuori Uso Apparecchiatura

(indicare Fuori Uso: Num.Invent.ASP: _____ ; Tipo App.: _____ ; Modello: _____)

Aumento di Volume dell'Attività (motivare con relazione da allegare al presente modulo)

Tecnologia Innovativa (motivare con relazione da allegare al presente modulo)

Timbro e Firma del Responsabile Struttura

