



Destinatario:
Al Direttore Generale
ASL TARANTO

OGGETTO: Offerta per la donazione di apparecchiature medicali il Reparto/Servizio di _____ del _____.

In riferimento all'oggetto,

Ditta o Rag. Sociale:

Il sottoscritto _____
in qualità di _____
per la (società/associazione/ditta) _____
domicilio fiscale _____
città _____
recapito telefonico e mail _____
C.F. _____
P.I. _____
CCIAA n. iscrizione _____

Per le persone fisiche:

Il sottoscritto (Nome) _____ (Cognome) _____
Luogo di nascita: _____ Data di nascita: _____

Dichiara

- tipo di bene oggetto della donazione _____
- produttore _____
- modello _____ matricola _____;
- la donazione determina la fornitura di materiale di consumo (dispositivi medici,
- diagnostici, reagenti o farmaci) di produzione esclusiva:
 - SI → indicare quali _____
 - NO
- la donazione richieda l'acquisto di particolari ulteriori apparecchiature per
- il funzionamento;
 - SI → indicare quali _____
 - NO
- il valore commerciale o stimato del bene è di € _____;



- tipo di bene _____, modello _____;
- marca _____, matricola _____;
- allega scheda tecnica riportante tutte le caratteristiche tecniche del bene;
- allega certificazioni riportanti la rispondenza alle vigenti norme di sicurezza;
- la disponibilità a fornire all'Azienda tutte le parti di ricambio per almeno dieci anni successivi all'installazione;
- la donazione è di modico valore in relazione al valore del patrimonio del donatore;

E si impegna a:

- consegnare insieme al bene tutti i manuali operativi in lingua italiana necessari per l'uso ed i manuali di service, completi di schemi elettrici e/o meccanici, necessari per l'esecuzione della manutenzione correttiva e preventiva;
- eseguire dal donante regolare collaudo alla presenza del personale della S.S.D. Ingegneria Clinica che provvederà ad effettuare le opportune verifiche in relazione alla presenza delle certificazioni, manualistica e quanto altro previsto come per legge e di verifica di sicurezza elettrica secondo le norme CEI di riferimento.

TIMBRO E FIRMA

Il bene risponde alle necessità del (indicare il Dipartimento, Struttura, ...) _____ :

- SI
- NO

Con l'utilizzo dello stesso è ottenibile la seguente metodica diagnostica o terapeutica
(cancellare la voce che non interessa)

.....
congrua alle necessità del Dipartimento.

Per il funzionamento del bene sono necessarie risorse umane aggiuntive:

- SI
- NO

Il Responsabile

Si autorizza il trattamento dei dati personali presenti ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679). Dichiarazione resa ai sensi della L.190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", del D. Lgs n. 33/2013 e successive modificazioni e integrazioni.