

**Al Direttore U.O.C. E-Procurement  
A.U.S.L. di Viterbo  
Via Enrico Fermi, 15  
01100 Viterbo**

### PROPOSTA DI PROVA VISIONE

Presidio Ospedaliero/Dipartimento/Distretto di \_\_\_\_\_

Il Dirigente \_\_\_\_\_

Responsabile dell'U.O/Dip.to/Distretto \_\_\_\_\_

### CHIEDE

L'autorizzazione alla ricezione e conseguente utilizzo della tecnologia di seguito indicata costituente oggetto della prova visione.

Proposta di donazione avanzata dalla Ditta o Società \_\_\_\_\_

Descrizione del bene o dell'attrezzatura oggetto della donazione: tipo e caratteristiche del bene (specificare possibilmente la ditta produttrice nonché il valore stimato del bene stesso) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Le motivazioni per le quali si rende utile accettare l'offerta del bene \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Parere in merito all'utilità del bene per le esigenze del Servizio \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Eventuali beni di consumo accessori da acquistare per l'utilizzo del bene donato:  
Descrizione del materiale \_\_\_\_\_

Ditta fornitrice \_\_\_\_\_

Fabbisogno annuo \_\_\_\_\_

Indicare se l'attrezzatura necessita di manutenzione ordinaria:

- SI
- NO

e/o straordinaria:

- SI
- NO

ed eventualmente il costo annuo presunto €. \_\_\_\_\_

Parere Responsabile MacroC.d.R. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Timbro e firma)

Parere obbligatorio del Direttore Sanitario Competente/Polo/Extra Polo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dichiarazione di compatibilità del bene offerto con il parco tecnologico esistente nella struttura \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il Direttore Sanitario Competente

\_\_\_\_\_

(timbro e firma)

**N.B.** Ove trattasi di apparecchiature elettromedicali, è necessario acquisire dalla competente U.O. Ingegneria Clinica, la compatibilità normativa delle tecnologie oggetto di donazione.

(Allegare, eventualmente, parere del Responsabile U.O. Ingegneria Clinica)