**MOD. 4 – FAC-SIMILE - DONAZIONE DI BENI MOBILI**

**DA REDIGERE SU CARTA INTESTATA**

Preg.mo Sig.

Direttore Generale

Azienda USL della Romagna

Via De Gasperi, 8

48121 Ravenna

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presidente dell’Associazione/Amministratore Delegato della Ditta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dichiara che la citata Associazione/Ditta intende donare il seguente bene\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(la seguente attrezzatura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

mod. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della ditta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con le caratteristiche come da documentazione allegata, del valore commerciale di Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IVA compresa

per il seguente motivo (facoltativo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

da destinare all’Unità Operativa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dell’ambito territoriale di (Ravenna – Cesena – Forlì - Rimini) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’Azienda U.S.L. della Romagna.

**IMPORTANTE – Nel rispetto della normativa vigente, questa Azienda USL potrà accettare la donazione di:**

* TENDAGGI, SEDIE IMBOTTITE, POLTRONE, POLTRONE LETTO, DIVANI, DIVANI LETTO, MATEREASSI E CUSCINI, se in possesso della omologazione del Ministero dell’Interno in corso di validità, da cui risulti che il bene rientra nella **“CLASSE DI REAZIONE AL FUOCO 1 IM”;**
* SEDIE NON IMBOTTITE, se appartenenti alla **“CLASSE DI REAZIONE AL FUOCO NON SUPERIORE A 2”;**
* TAVOLI, SCRIVANIE, ARMADIETTI (non in metallo), se realizzati con materiale di **“CLASSE 1 DI REAZIONE AL FUOCO ADEGUATAMENTE CERTIFICATA**”;
* PERSONAL COMPUTER, se dotati di sistema operativo “**WINDOWS 10/11 PRO**”;
* BENI MOBILI DI INTERESSE STORICO - ARTISTICO, presentando almeno una fotografia a colori dell’opera artistica, con indicazione se possibile dei riferimenti dell’autore dell’opera (telefono, e-mail, galleria/studio, certificato di autenticità) e la stima unitaria dell’opera stessa.

L’Azienda USL non accetta donazioni con vincoli riguardo la scelta della collocazione e dell’utilizzo presente e futuro delle opere artistiche e si riserva in ogni caso di valutare, in relazione al valore storico o artistico del bene, l’opportunità di avviare la relativa pratica di accettazione.

[ ] Dichiara che per l’utilizzo detto bene/attrezzatura non necessita di materiale di consumo in esclusiva

**oppure**

[ ] Dichiara che per l’utilizzo detto bene/attrezzatura necessita di materiale di consumo in esclusiva e precisamente (possibilmente indicare specificatamente i prodotti necessari ed il relativo costo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**oppure**

[ ] Dichiara che per l’utilizzo detto bene/attrezzatura necessita di materiale di consumo non in esclusiva e precisamente (possibilmente indicare l’eventuale materiale di consumo non dedicato necessario ed il relativo costo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Garanzia:**

- in caso di attrezzatura sanitaria, il modulo allegato (M/P01/02) dovrà essere compilato e firmato a cura della Ditta Fornitrice

- in caso di altro bene mobile, indicare il periodo di garanzia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A tal fine si allega** alla presente la seguente documentazione in proprio possesso:

depliants illustrativi [ ], schede tecniche [ ], foto illustrative [ ], manuale d’uso [ ], garanzia e durata [ ] dichiarazione di conformità [ ], indicazioni sulla modalità di eventuale formazione del personale [ ], scontrino fiscale/fattura [ ], in caso di arredi Certificazione di reazione al fuoco del produttore/fornitore [ ].

In caso di attrezzatura che richieda una eventuale formazione del personale dell’Azienda USL dovrà essere indicato chi effettuerà la formazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e le relative modalità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se presente indicare l’eventuale contratto di manutenzione post garanzia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Consegna:** in accordo con l’U.O. di competenza in base alla tipologia del bene donato.

Il donante garantisce il donatario dall’evizione; inoltre garantisce che il bene oggetto della donazione è esente da vizi e/o difetti.

Ai sensi dell’Articolo 13 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE) 2016/679 si informa che i dati forniti saranno trattati con finalità di gestione del procedimento di donazione oggetto della presente lettera di intenti da parte dell’Azienda USL della Romagna.

Inoltre i dati predetti potranno essere oggetto di ulteriore trattamento con finalità di attività di ricerca fondi per il finanziamento delle attività istituzionali o accessorie dell’Azienda USL della Romagna.

In applicazione dell’Articolo 7 del predetto Regolamento (UE) 2016/679, il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali da parte dell’Azienda USL della Romagna.

Ai sensi dell'Art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali ivi previste, il sottoscritto **dichiara che non sussistono conflitti d’interesse** in riferimento all’attività svolta dal Donante e l’Azienda USL della Romagna ed in particolare in riferimento alla donazione oggetto del presente documento e inoltre **dichiara che, alla data odierna, non sta partecipando a gare d'appalto in corso di aggiudicazione** relative ai beni/attrezzature sopra riportati/e che comportino rapporti con l'Azienda USL della Romagna.

Luogo, data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **U.O. Fisica Medica e Ingegneria Clinica****Direttore Dott. Stefano Sanniti** | **MODULO** **Informazioni sulla manutenzione di apparecchiature Biomediche**  | **Rev. 01****del 30/04/2023****MR/P01/02****Pagina 1 di 2** |

**DITTA OFFERENTE:**

*(compilare un modulo per ciascuna tipologia di apparecchiatura offerta, senza alcun riferimento ai prezzi)*

**DATI RELATIVI ALL’APPARECCHIATURA**

* **TIPOLOGIA**
* FABBRICANTE
* MODELLO       COD. ART. FABBRICANTE (REF)      I
* **CND**  **n° REPERTORIO Disp Med**

|  |
| --- |
| **PIANO MANUTENZIONE** come previsto dal **FABBRICANTE** e dal **MANUALE D’USO/SERVICE** e/odalla **norma specifica**       |
|  | **Consigliato** | **Obbligatorio** | **N.A.** | **Periodicità** | **Pag. Manuale d’uso/service** |
| MANUTENZIONI PREVENTIVE (allegare eventuale checklist) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  semestrale [ ]  annuale [ ]  biennale[ ]  altro:       |       |
| VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA [ ]  CEI 62-148 (EN 62353) [ ]  CEI 66-5 (EN 61010-1) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  semestrale [ ]  annuale [ ]  biennale[ ]  altro:       |       |
| VERIFICHE PRESTAZIONALI (NORME CEI       particolari) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  semestrale [ ]  annuale [ ]  biennale[ ]  altro:       |       |
| CONTROLLI DI QUALITA’(es. apparecchiatura diagnostica per immagini) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  semestrale [ ]  annuale [ ]  biennale[ ]  altro:       |       |
| TARATURE/CALIBRAZIONI | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  semestrale [ ]  annuale [x]  biennale[ ]  altro:       |       |
| SOSTITUZIONE BATTERIA (es: interna, tampone) ›      ›       | [ ] [ ]  | [ ] [ ]  | [ ] [ ]  | [ ]  annuale [ ]  altro:      [ ]  annuale [ ]  altro:       |            |
| SOSTITUZIONE MATERIALE USURABILE ›      ›      ›       | [ ] [ ] [ ]  | [ ] [ ] [ ]  | [ ]  [ ] [ ]  | [ ]  annuale [ ]  altro:      [ ]  annuale [ ]  altro:      [ ]  annuale [ ]  altro:       |                 |

|  |
| --- |
| **TRATTAMENTO DATI PERSONALI** (Classificazione GDPR: Regolamento Generale (UE) 2016/679) |
| L’apparecchiatura gestisce dati del paziente? | [ ]  no, nessun dato | [ ]  solo dati paziente corrente | [ ]  sì, con archivio dati pazienti |

**DATI RELATIVI ALL’ASSISTENZA TECNICA**

Nome ditta:     Partita Iva

Indirizzo (sede legale):      Telefono:      FAX:

Indirizzo (sede operativa):      Telefono:      FAX:

**Mail Assistenza Tecnica:***Saranno ritenute inviate ufficialmente le richieste di assistenza trasmesse tramite mail. Si prega di notificare eventuali variazioni nel tempo dei contatti sopraindicati.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **UO Fisica Medica e Ingegneria Clinica****Direttore Dott. Stefano Sanniti** | **MODULO** **Informazioni sulla manutenzione di apparecchiature Biomediche**  | **Rev. 01****del 30/04/2023****MR/P01/02****Pagina 2 di 2** |

**DATI RELATIVI ALL’OFFERTA – DONAZIONI, LASCITI E COMODATI**

**DURATA GARANZIA/COMODATO (almeno 12 mesi) :       mesi**

**POS. AMMINISTRATIVA:** [ ]  DONAZIONE [ ]

|  |  |
| --- | --- |
| **TEMPI DI CONSEGNA** (dalla data di invio dell’ordine) | n° 60 gg **x** solari  |
| *PENALE TEMPI DI CONSEGNA*  | *€ 20 /giorno solare I. E. se il bene ha un valore fino a 30.000 euro I.E**€ 50 /giorno solare I. E. se il bene ha un valore da 30.000 euro I.E* |

**Nel periodo di garanzia/comodato la ditta svolgerà:**

|  |  |
| --- | --- |
| INTERVENTI SU CHIAMATA FULL RISK  | **x** ILLIMITATI  |
| INTERVENTI SU CHIAMATA PRESSO AUSL | [ ]  SI [ ]  NO |
| PEZZI DI RICAMBIO INCLUSI | [ ]  SI [ ]  NO |
| AGGIORNAMENTI SOFTWARE INCLUSI | [ ]  SI [ ]  NO |
| AGGIORNAMENTI HARDWARE INCLUSI | [ ]  SI [ ]  NO |
| DISPONIBILITA’ FORNITURA APPARECCHIO SOSTITUTIVO (MULETTO) | [ ]  SI [ ]  NO |
| TEMPI DI INIZIO INTERVENTO TECNICO (dalla notifica via call center o mail o fax) | n° 16 ore lavorative |
| *PENALE TEMPI DI INIZIO INTERVENTO TECNICO* | *€ 20 /giorno solare I. E. se il bene ha un valore fino a 30.000 euro I.E**€ 50 /giorno solare I. E. se il bene ha un valore da 30.000 euro I.E* |
| TEMPI DI FINE INTERVENTO TECNICO (dalla notifica via call center o mail o fax) | n° 48 ore lavorative |
| *PENALE TEMPI DI FINE INTERVENTO TECNICO*  | *€ 20 /giorno solare I. E. se il bene ha un valore fino a 30.000 euro I.E**€ 50 /giorno solare I. E. se il bene ha un valore da 30.000 euro I.E* |
| VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA al termine di interventi di manutenzione correttiva (nei casi previsti da normativa es. EN 62353) | **x** SI |
| **PIANO MANUTENZIONE come da offerta** (nel rispetto delle **condizioni minime** previste **dal fabbricante** esuindicate) |
| **CONTROLLI svolti dalla ditta in garanzia:** | **N.A.** | **Periodicità** |
| MANUTENZIONI PREVENTIVE | [ ]  | [ ]  semestrale [ ]  annuale [ ]  biennale [ ]  altro:       |
| *PENALE MANUTENZIONE PREVENTIVA NON ESEGUITA*  | *300 euro I. E.* |
| VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA[ ]  CEI 62-148 (EN 62353) [ ]  CEI 66-5 (EN 61010-1) | [ ]  | **Almeno ANNUALE**: [ ]  semestrale [ ]  annuale  |
| VERIFICHE PRESTAZIONALI(NORME CEI       particolari) | [ ]  | [ ]  semestrale [ ]  annuale [ ]  biennale [ ]  altro:       |
| CONTROLLI DI QUALITA’(es. apparecchiatura diagnostica per immagini) | [ ]  | [ ]  semestrale [ ]  annuale [ ]  biennale [ ]  altro:       |
| TARATURE/CALIBRAZIONI | [ ]  | [ ]  semestrale [ ]  annuale [ ]  biennale [ ]  altro:       |
| SOSTITUZIONE BATTERIA (es: interna, tampone) ›       ›       | [ ] [ ]  | [ ]  semestrale [ ]  annuale [ ]  biennale [ ]  altro:      [ ]  semestrale [ ]  annuale [ ]  biennale [ ]  altro:       |
| SOSTITUZIONE MATERIALE USURABILE ›      a ›       ›       | [ ] [ ] [ ]  | [ ]  semestrale [ ]  annuale [ ]  biennale [ ]  altro:      [ ]  semestrale [ ]  annuale [ ]  biennale [ ]  altro:      [ ]  semestrale [ ]  annuale [ ]  biennale [ ]  altro:       |
| *PENALE VERIFICA O CONTROLLO NON ESEGUITO*  | *300 euro*  |

**\*** In caso di interventi **non** effettuati presso AUSL, l’apparecchiatura in assistenza viene:

[ ]  spedita, a carico AUSL, all’indirizzo:

[ ]  ritirata, a carico della ditta, secondo le seguenti modalità: