

AZIENDA SANITARIA: _____

DESCRIZIONE OGGETTO DELLA RICHIESTA: _____

TIPOLOGIA DI PROCEDURA: _____

[In caso di acquisto di prodotti infungibili, è necessario allegare alla presente richiesta idonea documentazione comprovante l'infungibilità]

IMPORTO ANNUO CONTRATTO IVA ESCLUSA: _____

% IVA: _____

DURATA APPALTO RICHIESTO (IN ANNI): _____

DATA SCADENZA CONTRATTO IN ESSERE: _____

PRESENZA DI PROROGA NEL CONTRATTO IN ESSERE:

SI

NO

PREVISIONE PROROGA NEL CONTRATTO DA STIPULARE:

SI

NO

BENE ACQUISTABILE TRAMITE CONVENZIONI CONSIP O DA MEPA :

SI

NO

TIPOLOGIA DI SPESA RICHIESTA:

SPESA CORRENTE

INVESTIMENTO

IN CASO DI INVESTIMENTO, SPECIFICARE LA FONTE DI COPERTURA :

FINANZIAMENTO STATALE: _____

FINANZIAMENTO REGIONALE: _____

ALTRO: _____

ESTREMI DELL'ATTO DI APPROVAZIONE DEL FINANZIAMENTO : DETERMINA N° _____ DEL _____