

Meldola,

Alla c.a.  
Ufficio Acquisti IRCCS IRST Srl

Con la presente si richiede, per le motivazioni declinate nella relazione **R04/PA16** allegata, l'acquisto del/dei seguente/i nuovo/i prodotto/i, commercializzato/i dalla **Ditta**  
ROCHE

Si precisa che trattasi di:

- ☐ acquisto occasionale ☐ in esclusiva ☐ non in esclusiva  
☒ acquisto non occasionale ☒ in esclusiva ☐ non in esclusiva (indicare fabbisogno annuo)

CODICE adHoc	DESCRIZIONE	QUANTITÀ (NR)	FABBISOGNO ANNUO (NR)
190013324	POLIVY EU 1FL POLV 100MG	1	20
190013325	POLIVY EU 1FL POL 30MG	1	10

Il richiedente dichiara ai sensi del DPR 445/2000 e s.m.i. di non incorrere in situazioni di conflitto di interesse relativamente alla presente richiesta.

**Documenti allegati:**

- ☒ Preventivo/i  
☒ Relazione **R04/PA16**  
☐ Eventuale Dichiarazione di esclusiva di distribuzione rilasciata dal Fornitore



Il costo del/dei prodotto/i richiesto/i deve essere attribuito a:  
(indicare il codice e la denominazione e referente del CDC del Richiedente, il codice del progetto se presente, oppure il codice del magazzino se si gestisce come scorta)

Codice CdC	Denominazione CdC	Ref. CdC	Cod. Mag. (se da caricare su magazzino)	Cod. Prog. (se da caricare su CdC)
01051802	FARMACIA ONCOLOGICA		5	

Operatore/ N. telefono interno: 9205

Data 28/01/2022

Firma del

Responsabile U.O./Servizio Richiedente

Il costo del/i prodotto/i richiesto/i è (scegliere l'opzione):

☐ coperto dai fondi di cui al progetto (indicare il codice progetto)

Firma del Principal Investigator/ responsabile del progetto Dr./Dr.ssa

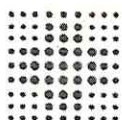
☒ stato negoziato a budget

Firma del Responsabile di U.O./Servizio

Dr./Dr.ssa CARLA MASINI

☐ autorizzato dalla Direzione generale in quanto trattasi di nuova esigenza, pertanto non è supportato da finanziamento dedicato e non è stato negoziato a budget

Firma del Direttore Generale



## RELAZIONE A SUPPORTO DELLA RICHIESTA DI ACQUISTO

Il/La Sottoscritto/a Dr./Dr.ssa CARLA MASINI  
in qualità di Direttore di FARMACIA ONCOLOGICA IRST Srl IRCCS, in relazione alla  
richiesta di acquisto dei seguenti prodotti:

---

---

---

**dichiara, sotto la propria responsabilità,**

di dover soddisfare il seguente bisogno (descrivere dettagliatamente):

TRATTAMENTO DEL UNFOMA DIFFUSO A GRANDI CELLULE B  
RECIDIVANTE / REFRAATTARIO NON CANDIDABILE A TRAPIANTO  
IN ASSOCIAZIONE A BENDAMUSTINA E RITUXIMAB

e che per soddisfare il suddetto bisogno il/i prodotto/i deve/ono avere le seguenti  
caratteristiche tecniche (descrivere dettagliatamente):

FARMACO ESCLUSIVO NON IN PTR

---

---

(scegliere l'opzione)

☐ il prodotto con le caratteristiche tecniche suindicate è **necessario per l'utilizzo dell'attrezzatura** \_\_\_\_\_ in dotazione/di proprietà dell'Irst Srl IRCCS di Meldola pertanto **insostituibile con altri prodotti simili**; il suddetto articolo è prodotto dalla Ditta \_\_\_\_\_ ed è commercializzato dalla Ditta \_\_\_\_\_

☒ il prodotto con le caratteristiche tecniche suindicate è **l'unico in grado di soddisfare i bisogni così come descritti sopra e non esistono soluzioni alternative ragionevoli sul mercato**;

il suddetto articolo è fabbricato dalla Ditta ROCHE  
ed è commercializzato dalla Ditta ROCHE





- ☐ in via esclusiva in virtù di brevetto industriale o di concessione alla commercializzazione  
(allegare dichiarazione rilasciata dal Distributore);
- ☐ risponde ai seguenti requisiti di utilizzo (indicare motivazioni):

---

---

---

- ☐ il prodotto con le caratteristiche tecniche suindicate è distribuito dalle seguenti Ditte  
(allegare almeno 2 preventivi e compilare la tabella sottostante)

DITTA	PREZZO UNITARIO (IVA esclusa)	PREZZO A CONFEZIONE (IVA esclusa)

La Ditta suggerita per l'acquisto è \_\_\_\_\_ in virtù del seguente vantaggio:

---

---

---

---

Il richiedente dichiara ai sensi del DPR 445/2000 e s.m.i. di non incorrere in situazioni di conflitto di interesse relativamente alla presente richiesta.

Data 28/01/2022

Firma del  
Responsabile U.O./Servizio Richiedente

---