

RELAZIONE A SUPPORTO DELLA RICHIESTA DI ACQUISTO

La Sottoscritta Dr.ssa Carla Masini,
in qualità di Direttore di Farmacia Oncologica IRST Srl IRCCS, in relazione alla richiesta di acquisto
dei seguenti prodotti:

FOLFUSOR 1,5 ml/h ml 275 Cod 2C4087K
FOLFUSOR 5 ml/h ml.130 Cod. 2C4705K 24h
FOLFUSOR 2,5ml/h ml.120 cod. 2C4711K
FOLFUSOR 10 ml/h ml.275 cod 2C4063K
FOLFUSOR 2 ml/h ml. 275 - 2C4008K
FOLFUSOR 5 ml/h ml.240 Cod.2C4009K 48 h

CAPPUCCIO DI SICUREZZA PER VIAFLO

dichiara, sotto la propria responsabilità,

di dover soddisfare il seguente bisogno *(descrivere dettagliatamente)*:

allestimento terapie antitumorali in automazione

e che per soddisfare il suddetto bisogno i prodotti devono avere le seguenti caratteristiche tecniche
(descrivere dettagliatamente):

limitatamente ai dispositivi FOLFUSOR il sistema automatizzato ApotecaChemo supporta
esclusivamente i dispositivi richiesti,

limitatamente ai CAPPUCCI DI SICUREZZA PER VIAFLO, trattasi di dispositivi unicamente
compatibili con le sacche BAXTER VIAFLO, uniche utilizzabili per i sistemi automatizzati
APOTECACHEMO.

(scegliere l'opzione)

■ i dispositivi FOLFUSOR con le caratteristiche tecniche suindicate **è necessario per
l'utilizzo dell'attrezzatura APOTECACHEMO** in dotazione/di proprietà dell'Irst Srl IRCCS di Meldola
pertanto **insostituibile con altri prodotti simili**; i suddetti articoli sono prodotti dalla Ditta Baxter spa
e commercializzati dalla Ditta Baxter spa

**R04/PA16 – Relazione a supporto della richiesta di acquisto
Rev. 2 del 09.11.2021**

- ☒ il prodotto CAPPuccio DI SICUREZZA PER VIAFLO 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 Baxter spa ed è commercializzato dalla Ditta Baxter spa

- ☒ 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*)

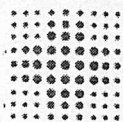
DITTA	PREZZO UNITARI O (IVA esclusa)	PREZZO A CONFEZION E (IVA esclusa)

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 27/06/2023

Firma del



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori "Dino Amadori"
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

ISTITUTO
ROMAGNOLO
PER LO STUDIO
DEI TUMORI
DINO AMADORI

R04/PA16 – Relazione a supporto della richiesta di acquisto
Rev. 2 del 09.11.2021

Responsabile U.O./Servizio Richiedente

