

RELAZIONE A SUPPORTO  
DELLA RICHIESTA DI ACQUISTO

Il/La

Sottoscritto/a

PAOLA CAROLI

in qualità di Direttore di STRUTTURA SEMPLICE MED. NUCLEARE IRST Srl IRCCS, in relazione alla  
richiesta di acquisto dei seguenti prodotti: DIAGNOSTICA

IASOGLIO Fluoroethyl-L-Tyrosine

dichiara, sotto la propria responsabilità,

di dover soddisfare il seguente bisogno (descrivere dettagliatamente):

diagnostica PET di tumori cerebrali (gliomi) al fine  
di caratterizzare le lesioni, definire i migliori siti biotici,  
definire il grading.

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

emettitore di positroni, capace di evidenziare lesioni tumorali  
con aumentata captazione dell'aminoacido tirosina; di  
grado farmaceutico, per cui il prodotto soddisfa il confezionamento  
soddisfatti i requisiti di radioprotezione

(scegliere l'opzione)

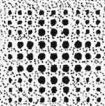
☐ il prodotto con le caratteristiche tecniche suindicate è necessario per l'utilizzo  
dell'attrezzatura \_\_\_\_\_ in dotazione/di proprietà  
dell'Irst Srl IRCCS di Meldola pertanto **insostituibile con altri prodotti simili**, il suddetto articolo è  
prodotto dalla Ditta \_\_\_\_\_ ed è commercializzato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

Curium Austria GmbH

R04/PA16 - Relazione a supporto della richiesta di acquisto - rev. 3 - 22/12/2023





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

☒ 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 28/01/2025

Firma del Responsabile Struttura/Servizio Richiedente o suo incaricato

R04/PA16 – Relazione a supporto della richiesta di acquisto – rev. 3 – 22/12/2023

Pag. 2 di 2