

 <p>AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA - CERVELLO PALERMO</p>	REGOLAMENTO AZIENDALE PER LA DISCIPLINA E LA GESTIONE DELLE SPONSORIZZAZIONI, DELLE DONAZIONI E DELLE EROGAZIONI LIBERALI E L'ACQUISIZIONE DEI BENI IN COMODATO D'USO GRATUITO E L'UTILIZZO DEI BENI IN CONTO VISIONE/PROVA.	Unità Operativa Affari Generali
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------

ALLEGATO N°9

PROPOSTA DI PROVA/VISIONE

Il/la sottoscritto/a _____

- persona fisica
- in qualità di _____ della
Ditta/Società/Ente/Fondazione/Associazione (altro tipo di ente)
_____ con sede legale in
_____ Via _____ n° _____

intende sottoporre a codesta Azienda Ospedaliera la propria proposta di donazione del bene di seguito descritto, a norma di quanto stabilito dal regolamento approvato con Deliberazione n° _____ del _____ e dalla legislazione vigente:

DATI COMODANTE
PERSONA FISICA
Luogo di nascita _____ (Prov. _____) Data di nascita _____
Codice Fiscale _____
Domicilio fiscale – Via _____
Cap _____
Città: _____
Recapito telefonico _____ fax _____ indirizzo di poste elettronica: _____ @ _____ indirizzo _____ pec: _____ @ _____
DITTA – SOCIETA' - ENTE – ASSOCIAZIONE – FONDAZIONE
Ragione Sociale _____
Codice Fiscale _____
Partita IVA _____
Domicilio fiscale – Via _____
Cap _____
Città: _____
Recapito telefonico _____ fax _____ indirizzo di poste elettronica: _____ @ _____ indirizzo _____ pec: _____

	REGOLAMENTO AZIENDALE PER LA DISCIPLINA E LA GESTIONE DELLE SPONSORIZZAZIONI, DELLE DONAZIONI E DELLE EROGAZIONI LIBERALI E L'ACQUISIZIONE DEI BENI IN COMODATO D'USO GRATUITO E L'UTILIZZO DEI BENI IN CONTO VISIONE/PROVA.	Unità Operativa Affari Generali
-----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------

_____ @ _____
Iscrizione _____ Registro _____ Imprese _____ Citta _____
Iscrizione Registro Regionale delle Associazioni di Volontariato della Regione del _____
DATI RELATIVI AL BENE
Tipo: _____ Marca _____
Modello _____
Produttore _____
Valore commerciale del bene espresso in € _____
FINALITA' DELLA PROVA/VISIONE

A tale scopo dichiara, di essere a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, sulla responsabilità penale, e consapevole delle sanzioni previste cui può andare incontro per le ipotesi di falsità in caso di atti e dichiarazioni mendaci

- ◆ che il conto visione/prova del bene non comporta alcun obbligo consequenziale da parte dell'Azienda Ospedaliera nei confronti della ditta di farne acquisto presente o futuro;
- ◆ di impegnarsi a sostenere, durante il periodo di conto visione/prova, qualsiasi spesa necessaria al funzionamento del bene compresi l'eventuale materiale di consumo necessario che sarà a proprio completo carico;
- ◆ che il trasporto, la consegna, l'installazione, ed il ritiro del bene sarà a completo carico della ditta;
- ◆ che la manutenzione ordinaria e straordinaria del bene sarà a completo carico della ditta;
- ◆ la durata della prova-visione non sarà superiore a 60 giorni dalla data della consegna;
- ◆ che durante il periodo della prova-visione provvederà a propria cura e spese a garantire l'assistenza completa ai fini del funzionamento, dell'addestramento del personale dell'Azienda e della supervisione sul corretto utilizzo del bene;

 <p>AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA - CERVELLO PALERMO</p>	<p>REGOLAMENTO AZIENDALE PER LA DISCIPLINA E LA GESTIONE DELLE SPONSORIZZAZIONI, DELLE DONAZIONI E DELLE EROGAZIONI LIBERALI E L'ACQUISIZIONE DEI BENI IN COMODATO D'USO GRATUITO E L'UTILIZZO DEI BENI IN CONTO VISIONE/PROVA.</p>	<p>Unità Operativa Affari Generali</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------

- ◆ che l'attrezzatura/apparecchiatura è conforme alla normativa nazionale ed europea che ne disciplina le caratteristiche;
- ◆ di impegnarsi a fare eseguire il collaudo alla presenza del personale aziendale previsto nel regolamento aziendale per la disciplina dell'utilizzo dei beni in conto visione/prova sopraccitato e per le apparecchiature sanitarie in presenza del personale aziendale del Servizio di Ingegneria Clinica;
- ◆ di impegnarsi a manlevare l'Azienda Ospedaliera di qualsiasi conseguenza derivante da possibili danni di ogni genere provocati o subiti dall'attrezzatura/apparecchiatura durante il periodo di prova/visione che restano a completo carico di questa ditta con esclusione di ogni responsabilità dell'Azienda Ospedaliera.

_____;

Allega alla presente:

- ◆ **SCHEDA CON LE CARATTERISTICHE TECNICHE** del bene, redatta dal Produttore, nella quale di evidenziano in modo dettagliato le necessità che dovrà presentare l'ambiente di installazione (alimentazione elettrica, idrica, gas, dimensioni, potenza, ecc);
- ◆ **DICHIARAZIONE DI RISPONDEZZA** del bene, sottoscritto dal Produttore, alle competenti norme di sicurezza a livello europeo e nazionale ed alle leggi vigenti in materia, con relativi certificati di conformità;
- ◆ **EVENTUALE DOCUMENTO DI ACQUISTO**;
- ◆ **DICHIARAZIONE** contenente precise indicazioni per quanto riguarda l'assicurazione per la responsabilità civile e la polizza responsabilità civile prodotti.

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali possano essere trattati, nel rispetto della legge n.196/2003, per gli adempimenti connessi nell'ambito del presente procedimento per il quale la presente proposta viene resa.

Data _____

Firma _____