

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA**
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



Allegato B – Modulo Donazione/Comodato apparecchiature biomedicali

Da utilizzare come fac-simile: (utilizzare la carta intestata o apporre timbro)

Spett.le
Direttore Generale
Istituto Ortopedico Rizzoli

Gare e Procedure contrattuali - settore donazioni
donazioni@ior.it

Il/la sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale _____ Via _____ N. _____ cap _____

Città _____ cell. _____ e.mail _____

in qualità di legale rappresentante dell'Azienda/Ditta/Fondazione/Associazione/Onlus _____

con sede in _____ via _____ n _____

P.I. _____ Tel. _____ mail _____

dichiara che intende procedere a:

donare proporre in comodato d'uso gratuito

Apparecchiatura: _____ Marca: _____ Mod. _____

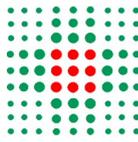
a favore della UO _____ presso la sede: _____

del valore complessivo di € _____ IVA esclusa (solo per i comodati) dal _____ al _____

A tale scopo dichiara:

- che la donazione/il comodato è fatto in pieno spirito di liberalità, senza alcun obbligo di controprestazione da parte dell'Istituto Ortopedico Rizzoli nei confronti del sottoscritto o dell'Azienda/Fondazione/Associazione che rappresento;
- che l'importo della donazione, rispetto alla capacità economica e patrimoniale dell'Azienda/Fondazione/Associazione che rappresento, è da considerarsi di modico valore (ai sensi dell'ex art. 783 c.c.);
- di non intrattenere rapporti commerciali, patrimoniali o personali di alcun genere con i funzionari responsabili della Struttura beneficiaria della donazione;
oppure
di intrattenere rapporti commerciali, patrimoniali o personali con i funzionari responsabili della Struttura beneficiaria della donazione, in particolare (specificare il tipo di rapporto): _____
- (solo per le persone giuridiche) di non avere con lo I.O.R. gare di appalto in corso di aggiudicazione aventi ad oggetto la medesima categoria di beni di cui alla presente donazione;
- che insieme al bene saranno consegnati tutti i manuali operativi per l'uso, completi di schemi elettrici e/o meccanici, necessari per l'esecuzione della manutenzione correttiva e preventiva, se necessari;
- che il bene è conforme alle norme di sicurezza vigenti e fornita di marcatura CE, se richiesto.

esprimo il consenso, in qualità di donante alla pubblicazione del nominativo e della finalità della donazione negli atti e nei canali di comunicazione IOR, al fine di rendere pubblica e visibile a tutti l'iniziativa;



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA**
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione delle “*Informazioni sul trattamento dei dati nell’ambito dei dati personali - Atti di liberalità*” rese ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del Dlgs. 196/2003 e s.m.i., reperibile sul sito istituzionale IOR al link: <https://www.ior.it/sostieni-rizzoli/come-fare-una-donazione>

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i..

Luogo e data _____

Firma _____

Per informazioni o chiarimenti: Antonella Bruni tel.051/6366921 - antonella.bruni@ior.it

(spazio riservato allo IOR)

Parere del Direttore dell’UO beneficiaria

Quanto proposto in donazione/comodato alla U.O. _____

Centro di Costo (Struttura beneficiaria) _____ dell’Istituto Ortopedico Rizzoli si dichiara che:

- l’apparecchiatura risponde alle necessità del servizio/reparto/laboratorio
- l’apparecchiatura richiede l’acquisto di materiale di consumo dedicato sì no
- che il materiale di consumo necessario al funzionamento dell’apparecchiatura sarà acquistabile:
 in via esclusiva in via ordinaria (reperibile sul mercato)
- che l’apparecchiatura richiede l’acquisizione, ai fini del corretto funzionamento, dei seguenti accessori o attrezzature collegate: _____
- specificare se gravano sul bilancio dello IOR costi di manutenzione e in quale misura _____

Luogo e data _____

Firma _____

(da parte del servizio gare e procedure contrattuali)

Parere tecnico (con i relativi costi di manutenzione su base annua) di:

S.C. ICT _____

S.C. INGEGNERIA CLINICA _____

S.C. SERVIZIO TECNICO _____

S.U.M.E. _____

Luogo e data _____

Firma _____