

Mod. A

Prot. C.M.A. n° 609 del 16/09/20

PROF. VAZIO/LORE del 22-09-2020

MODULO RICHIESTA

UU.OO./Servizio richiedente	Il Responsabile	Fondazione Istituto G. Giglio di Cefalù Firma <u>Dr. Salvatore Vizzi</u>	Data Richiesta
<u>CONTRASTO S.P.A.</u>	<u>Dot. S. Vizzi</u>	<u>Dr. Salvatore Vizzi</u>	

Urgente: SI Motivazione _____
(Urgenza non imputabile all'Amministrazione)

Soggetto referente: Dot. S. EVANNORE

Oggetto: INTEGRAZIONI DI 1/5 LOTTO 1 RION° 1620593 BUSTA 2020 IN ACCOMPAGNAMENTO

Descrizione Bene/Servizi: _____ (Allegare scheda/capitolato tecnico)

Data presunta presentazione capitolato di gara 10 ITINERS

Fabbisogno richiesto (Q.tà): _____ Periodo richiesta (anni / mesi) _____

Importo stimato totale Iva Inclusa: EURO 3800.00 Contratto: SI N. N. 84/2017 (Scad. 17/10/2020)

Motivazione richiesta: ESAUIMENTO ANZICHÉ (Allegare Relazione)

Unico/Infungibile: _____ SI (Allegare Dichiarazione)

Mepa SI Metaprodotto _____

Ditte conosciute _____

Caratteristiche standard SI NO

Note eventuali _____

Data ricezione	Approvato SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Visto Servizio competente <u>16-09-2020</u> Fondazione Istituto G. Giglio di Cefalù	Note
Data ricezione <u>16.09.2020</u>	Approvato SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Visto Direzione Sanitaria Direttore sanitario <u>Dr. Salvatore Vizzi</u>	Note
Data ricezione <u>18.09.2020</u>	Visto SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Visto Area Economico Finanziaria <u>Dr. D. D.</u>	Note
Data ricezione	Visto SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Visto Pianificazione e Controllo	Note

Si nomina R.U.P. della procedura CAPUANA

Si nomina D.E.C. _____

Visto si autorizza
Il Presidente

Il Direttore Amministrativo