



Università degli Studi di Genova  
 DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA E SPECIALITÀ MEDICHE  
**PROPOSTA D'ORDINE**

DATA	N. PROGETTO	RESPONSABILE
FORNITORE		TEL/FAX/MAIL

Il/La sottoscritt\_ Prof.                    richiede l'acquisizione dei sotto elencati beni/servizi:

Q.TÀ	DESCRIZIONE	COSTO UNITARIO	IMPONIBILE

- attività istituzionale
- attività commerciale
- progetto di ricerca europeo
- progetto di ricerca da rendicontare  
(vedere congruenza con piano finanziario)

<b>TOTALE IMPONIBILE</b>	
<b>TOTALE I.V.A.</b>	
<b>TOTALE ORDINE</b>	

Dichiara, sotto la propria responsabilità, che i beni/servizi: *(barrare il caso ricorrente)*

- 1) Sono presenti sul MEPA (si allega stampa del sito MEPA del risultato della ricerca del prodotto).
- 2) Saranno forniti dal libero mercato in quanto:
  - a) Il meta-prodotto non è presente su MEPA (si allega stampa sito MEPA ricerca con esito negativo);
  - b) Il bene/servizio, sebbene disponibile su MEPA, risulta inidoneo per la mancanza di qualità essenziali (Circolare del Servizio Negoziale n.6 del 05/03/2013)

MOTIVAZIONE DELL'ACQUISTO:

---



---



---

IN CASO DI SCELTA DI UNO SPECIFICO FORNITORE INDICARNE LE MOTIVAZIONI:

---



---



---

INDIRIZZO DI CONSEGNA:

IL PROPONENTE

<input type="checkbox"/> Indirizzo mail del docente/collaboratore:
--