




Beschaffungsantrag

für Investitionsgüter (5630)

Bearbeitungsfeld des Antragstellers

Abgangsstempel der/des antragstellenden Einrichtung

Beschaffende Kostenstelle(n):		SAP-Bestellvorgangs-Nr.:	
Antragsteller(in): <small>Bitte Vornamen, Name, Titel angeben!</small> Funktionsbereich: <small>Department / Klinik / Abteilung / Institut / Sektion / Station / Funktion</small> Für Rückfragen und Benachrichtigungen: Name: <small>Name und Funktion (ÄD, OA, PDL, BCO o.ä.)</small> E-Mail: <small>z.B. Vorname.Name@med.uni-tuebingen.de</small> Telefon: Fax: <small>im Ring z.B.: 80001 im Ring z.B.: 4321</small>		 Bearbeitungsfeld der Einkaufsabteilung Eingangsstempel	
		Freigabeprozess: <small>der Geschäftsbereiche: C, D, IT</small> 1: <small>Entscheidungshintergrund</small> 2: <small>Bemerkungen</small> 3: <small>Entscheidung</small> 4: Freigabe (Unterschrift)	
SAP-BANF-Nr.:		SAP-Projekt-Nr.: <small>Unterschrift Projektleiter</small>	
Der Beschaffungsobjekt soll finanziert werden aus: <input type="checkbox"/> Ersteinrichtung <input type="checkbox"/> Dez. Investitionsbudget <input type="checkbox"/> Forschungsprogramm <input type="checkbox"/> Berufungsmittel <input type="checkbox"/> Drittmittel <input type="checkbox"/> Sonstige Finanzierung: <small>(bei Mischfinanzierung, bitte Anteile angeben)</small> Hinweis: <small>Einsatz, Verwendung, Änderungen von Investitionen müssen aus steuerlichen und haushaltsrechtlichen Gründen zur Prüfung der Vorsteuerabzugsfähigkeit der Drittmittelabteilung gemeldet werden!</small>		Anwendungsbereich(e): <input type="checkbox"/> Medizintechn. Gerät* <input type="checkbox"/> Medizinisches-IT-System/-Software * <input type="checkbox"/> Laborgerät für Invitrodiagnostik** <input type="checkbox"/> Labor-IT-System/-Software ** <input type="checkbox"/> Einweisungs-/Schulungsbedarf * / ** <small>CE-Kennzeichnung nach: *Medical Device Directive (MDD), **Invitro Diagnostic Device Directive (IVDD) CE-Kennzeichnung nach: *Medical Device Regulation (MDR), **Invitro Diagnostic Device Regulation (IVDR)</small> <input type="checkbox"/> Sonstige Laborgeräte <input type="checkbox"/> Sonstige Einrichtungsgegenstände	
Die Beschaffung verändert den Anlagenbestand wie folgt: <input type="checkbox"/> Altes Objekt wird ersetzt <input type="checkbox"/> Hauptobjekt wird erweitert <input type="checkbox"/> Neu-Objekt hinzugefügt <input type="checkbox"/> Bestandsobjekt modernisiert <input type="checkbox"/> Objekt soll <input type="checkbox"/> gemietet <input type="checkbox"/> geleast <input type="checkbox"/> geliehen werden Erläuterung: <small>(Intention, Wirtschaftlichkeit, gesetzliche Vorgabe, Innovation etc.)</small>		Für Ersatzbeschaffungen sind Angaben zum Altgerät erforderlich: Hersteller + Typ: Anlagen-/Equipment-Nr.: Anschaffungsjahr / Alter: Abgangsverfügung:*** <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> fehlt <small>*** Bei Ersatzbeschaffungen zwingend beifügen, da zügige Antragsbearbeitung sonst nicht möglich!</small>	
Beschaffungsgrund: <input type="checkbox"/> Patientversorgung <input type="checkbox"/> Laborbereich <input type="checkbox"/> Forschung (bitte Beiblatt S.3 beachten) <small>Angaben zu: Hersteller / Typ / Gerätebezeichnung / Alter / Beschaffungsgrund / Geräteauswahl / Maßnahmen zur IT-Anbindung / Lizenzkosten / ...</small>			
Für die Vergabe zentraler Mittel sind noch folgende Beurteilungskriterien maßgebend! <small>Hinweis: Bei Inanspruchnahme von zentralen Mitteln, wird auf die begrenzte Finanzausstattung des UKT und die Notwendigkeit einer belastbaren Investitionsplanung ab 01.01.2013 hingewiesen!</small> Eine Investitionsplanung ist dem Antrag: <input type="checkbox"/> beigefügt <input type="checkbox"/> fehlt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht bis: TT.MM.JJJJ Nutzungsanteil der Krankenversorgung / Forschung: / in % Bemerkungen: Auslastung des Beschaffungsgegenstandes: % Std/Wo Bemerkungen:			
Beschaffungskosten inkl. Mwst.: 0,00 €		Folgekosten inkl. Mwst.: 0,00 €	
Angebotsstellernde Firma:		vom Angebotsnummer:	
Alternativen kommen in Betracht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein →		Wenn nein, bitte Ausschließlichkeitserklärung in Anlage beifügen!	
Einsatzort: <small>Funktionsbereich, Gebäude, Ebene, Raumnummer, Straße, Hausnummer</small>		Betreibende Kostenstelle(n):	
<input type="checkbox"/> fachl. Prüfung der Installationsvoraussetzungen erforderlich		<input type="checkbox"/> Bauantrag ist im Intranetportal gestellt und hat die Nr:	
<small>Antragsteller und Budgetverantwortliche(r) bestätigen mit Ihrer Unterschrift, dass sie das hier beantragte Medizinprodukt gemäß Hersteller-Zweckbestimmung nach §2 MPBetreibV einsetzen bzw. einsetzen lassen und die Dienstanweisung zum Anwenden und Betreiben von Medizinprodukten beachten.</small> Tübingen, den			
..... Antragstellerin / Antragsteller	 Kfm. Geschäftsführung / BCO	
	 Budgetverantwortliche(r)	

Beschaffungsantrag für Investitionsgüter (5630)
--

Beiblatt Forschung

Begründung des besonderen Forschungsnutzens:

(Bedeutung; Darstellung der drittmittelgeförderten Projekte, für die das beantragte Gerät benötigt wird, Angaben des Drittmittelgebers, des Fördervolumens und der Drittmittel-Projektnummer)

(Mit-) Finanzierung durch Abteilungs-Overheads / Freie Drittmittel / Berufungsmittel / Sonderfinanzierungen des Landes:

Overheads: (der Abteilung) <input type="checkbox"/>	Freie Drittmittel: (z.Bsp. Spenden) <input type="checkbox"/>	Berufungsmittel: <input type="checkbox"/>	Sonstige: <input type="checkbox"/>
Bezeichnung:	Bezeichnung:	Bezeichnung:	Bezeichnung:
Betrag:	Betrag:	Betrag:	Betrag:
DM-Projekt-Nr.:	DM-Projekt-Nr.:	DM-Projekt-Nr.:	DM-Projekt-Nr.:
Bemerkung:	Bemerkung:	Bemerkung:	Bemerkung: