

MODULO RICHIESTA ACQUISTO

BENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA

NON DI RILEVANZA ATS e per importo, in ragione d'anno, inferiore a € 40.000 (IVA esclusa)

(Rif. Tabella 3 allegata alla Deliberazione D.G. ATS n° 800 del 15/06/2018)

ASL3 NUORO

NP.2022/836 del 10/03/2022 ore 09,28

Mitt.: Dipartimento Area Chirurgica

Ass.: Direzione Generale - Segreteria



Alla Direzione P.O.U.O. "San Francesco" di Nuoro
Alla Direzione Servizio Farmaceutico Ospedaliero

Oggetto: Richiesta d'acquisto

N.B.: ai fini della privacy (dati sensibili) non indicare mai estremi anagrafici di assistiti/destinatari richiesta (solo nome e iniziale cognome)

1) SERVIZIO / STRUTTURA / U.O. RICHIEDENTE BLOCCO OPERATORIO SALA UROLOGIA SALA CHIRURGIA ;

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DR. GIANPAOLO COSSU DR CARLO DE NISCO ;

3) per esigenze del suddetto Servizio/U.O., si chiede la fornitura dei seguenti beni/servizi (barrare parte di non interesse) e a tal fine si dichiara che non vi sono procedure di gara aggiudicate/contratti attivi ARES/ASL N. 3, che quanto richiesto non è reperibile nei magazzini aziendali (economici, farmaceutici, protesici, ecc.) e/o non risulta disponibile presso il Servizio di Ingegneria Clinica;

4) Trattasi di richiesta di acquisto tipologia BENE / SERVIZIO EX D.P.C.M. 24/12/2015 sì ☒ no ☐

Quantità	Codice AREAS	Referenza	RDM/CND	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
100	119492	VA-420-202	CND-U040299 RDM-62288	Kit per Nefrostomia percutanea Jinro Mis 8 fr
100	120753	VA-420-204	CND-U040299 RDM-62288	Kit per Nefrostomia percutanea Jinro Mis. 10 fr
50	1482418	VA-250-221	CND-U0399 RDM-60460	Navigator HD 11/13 Fr, 28 cm
50	1482400	VA-250-222	CND-U0399 RDM-60460	Navigator HD 11/13 Fr, 36 cm
50	1482419	VA-250-223	CND-U0399 RDM-60460	Navigator HD 12/14 Fr, 28 cm
50	1482401	VA-250-224	CND-U399 RDM-60460	Navigator HD 12/14 Fr, 36 cm

Ai fini dell'individuazione dell'esatta competenza dell'acquisto, la succitata richiesta deve obbligatoriamente ricadere nelle fattispecie di seguito indicate:

a) In primis, il bene/servizio/apparecchiatura **NON deve essere di rilevanza ARES** (se di rilevanza ARES la richiesta deve essere preventivamente trasmessa alla Direzione ASL 3 DI Nuoro che disporrà per l'inoltro alle competenti strutture ARES, ovvero: SC Acquisti Beni (per tutti i beni), SC Acquisti Servizi Sanitari (per servizi sanitari), SC Acquisti Servizi Non Sanitari (per i servizi non sanitari), SC Ingegneria Clinica (per le apparecchiature/attrezzature elettromedicali/biomedicali), Dipartimento Farmaco ARES.

b) Qualora NON SIA RILEVANZA ARES, il bene/dispositivo/apparecchiatura, ecc. richiesto deve avere un costo presunto di **IMPORTO ANNUO inferiore a € 40.000 (IVA esclusa)**

N.B.: Specificare, obbligatoriamente, quantità, codice AREAS, CND/RDM/REPERTORIO

5) Trattasi di bene DEDICATO/UNICO/INFUNGIBILE, ex Art. 63, c. 2, lett. b), del D. Lgs. n° 50/2016 sì ☒ no ☐

In caso affermativo specificare DITTA MEMIS S.R.L. e relativo COD. PRODOTTO _____

6) Richiesta per lotto unico sì ☒ no ☐ ; più lotti sì ☐ no ☐

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

8) COSTO PRESUNTO: € 39.000

9) FABBISOGNO: MENSILE ☐ SEMESTRALE ☐ ANNUALE ☒ LURIENNALE ☐ OCCASIONALE ☐

10) CODICE/PROGETTO/FINANZIAMENTO: fondi di bilancio o altro strumento (specificare) _____
www.aslnuoro.it

ATSSardegna - ASSL Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro

U.O. CHIRURGIA

Direttore

Dott. Carlo De Nisco

11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy): _SCHEDE TECNICHE - _____

ATSSardegna - ASSL Nuoro
Firma del Direttore Dipartimento P.O. Servizio U.O. (o suo Delegato)
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
U.O. Urologia
Dirigente Medico
Dott. Carlo De Nisco

N.B.: Le Direzioni P.O.U.O. San Francesco di Nuoro e del Servizio Farmacia ospedaliera per quanto di propria competenza qualora rilevino che la presente richiesta evidenzia la necessità di annotazioni e/o di elementi mancanti (da integrare/completare), provvederanno alla sua restituzione/integrazione/completamento ai fini del buon esito stesso della richiesta.

PARTE RISERVATA ALLA Direzione P.O.U.O. San Francesco di Nuoro (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta ai fini della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole).

Firma Direzione P.O.U.O. (o suo Delegato)



PARTE RISERVATA ALLA Direzione Servizio Farmacia ospedaliera ASSL Nuoro (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta ai fini della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole)

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)

PARTE RISERVATA ALLA DIREZIONE ASSL NUORO PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO:

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro