ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP. 2020/25884 del 15/06/2020 ore 13:35
Mitt.: SC Servizio Farmaceutico Ospedali...
Ass.: SC Servizio Giuridico Amministrat...
Class.: 1. Fasc.: 829 del 2020

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Nuoro

Servizio di Farmacia Ospedaliera

Nuoro, _____ prot. n._____

Direttore ASSL Nuoro
Dott. ssa Grazia Cattina

Al Direttore del Servizio Giuridico Amministrativo

S E D E

Oggetto: Fornitura dispositivi medici.

S'invita voler procedere all'acquisto dei dispositivi indicati nell'allegato alla presente (occorrenti all'u. o. di Pediatria del p. o. "San Francesco").

Valore presunto della fornitura (bastante per soddisfare il fabbisogno di un anno): € 1.200 ca.

Si comunica che in ambito Ats non sono presenti contratti sufficientemente capienti per soddisfare i Ns. fabbisogni.

Distinti saluti.

Servizio Farmacia Ospedaliera

Il Direttore
Dr. Giuseppe B. Pintore

- **u. o. procedure amministrative e controllo di gestione**
Tel. 0784240596

UU. OO.
Farmaceutiche
Ospedaliere

- *u. o. di Farmacia p. o. "S. Francesco" Nuoro*
Tel. 0784240528
- *u. o. p. o. "S. Camillo" Sorgono*
Tel. 0784623328

Il Direttore del Servizio di Farmacia Ospedaliera
(Dr. Giuseppe Basilio Pintore)

Il Responsabile dell'Ufficio
C. Serpico

Il Responsabile del procedimento
C. Serpico

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Nuoro

MODULO RICHIESTA ACQUISTO
BENE/SERVIZIO/APPARECCHIATURA
NON DI RILEVANZA ATS e per importo, in ragione d'anno, inferiore a € 40.000,00 (Iva esclusa)
(Rif. Tabella 3 allegata alla Deliberazione D.G. ATS n° 800 del 15/06/2018)

Li _____ *prot. n°NP/*_____ *del* _____

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 ed iniziale cognome).

1) SERVIZIO/STRUTTURA/U.O. RICHIEDENTE: S.C PEDIATRIA;

2) DIRETTORE/RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DOTT ANTONIO CUALBU;

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 ATS/ASSL, che quanto richiesto non è reperibile nei magazzini aziendali** (economali, farmaceutici, protesici, ecc.) **e/o non risulta disponibile presso il Servizio di Ingegneria Clinica;**

4) Trattasi di richiesta d'acquisto tipologia **BENE/SERVIZIO EX D.P.C.M. 24/12/2015:** si ☐ no ☐

Q.tà	Codice AREAS	RDM/CND/Repertorio	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
20 pz	1184145	C07020101	CATETERE EPICUTANEO CON AGO
			APRIBILE (PREMICATH.)
			1 FR

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 ATS** (se di rilevanza ATS la richiesta deve essere preventivamente trasmessa alla Direzione ASSL Nuoro che disporrà per l'inoltro alle competenti strutture ATS, ovvero: SC Acquisti Beni (per tutti i beni), SC Acquisti Servizi Sanitari (per i servizi sanitari), SC Acquisti Servizi non sanitari (per i servizi non sanitari), SC Ingegneria Clinica (per le apparecchiature/attrezzature elettromedicali/biomedicali), Dipartimento Farmaco ATS.)

b) Qualora NON SIA DI RILEVANZA ATS il bene/dispositivo/apparecchiatura, etc. richiesto deve avere un costo presunto di **IMPORTO ANNUO inferiore a € 40.000,00 (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 si ☐ no ☐

In caso affermativo specificare DITTA _____ **e relativo COD. PRODOTTO** _____;

6) Richiesta per **lotto unico** si ☐ no ☐ ; **più lotti** si ☐ no ☐

7) **ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI:**

/ (VYGON)

8) **COSTO PRESUNTO** : € 596 /CNF TOT 1792

9) **FABBISOGNO**: MENSILE ☐ SEMESTRALE ☐ ANNUALE ☒ PLURIENNALE ☐ OCCASIONALE ☐

15) **CODICE/PROGETTO/FINANZIAMENTO**: fondi di bilancio o altro strumento (specificare) _____

16) **EVENTUALI ALLEGATI** (nel rispetto della vigente normativa privacy): _____

Firma del Direttore Dipartimento/P.O./Servizio/U.O. (o suo delegato)

ATS Sardegna - ASSL Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
U.O. Pediatria - TIN
Direttore

N.B.: ***Le Direzioni P.O.U.O. San Francesco di Nuoro e del Servizio Farmaceutico Ospedaliero per quanto di propria competenza qualora rilevino che la presente richiesta evidenzi 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)

ATS Sardegna - ASSL Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
Direzione Sanitaria
Dirigente Medico
Dott.ssa Maria Tatti

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).**

Dr. GIUSEPPE B. PINTORE
FARMACIA OSPEDALIERA
P.O. "SAN FRANCESCO" - NUORO

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo delegato)

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

Firma del Direttore ASSL NUORO

PROGRAMMAZIONE RDO ASSL NUORO C

1	C01020101	CATETERE EPICUTANEO CON AGO APRIBILE NEONATALE CON DIAMETRO ESTERNO RIDOTTO 1fr 0,33 cm PREMICATH	28 G (1 FR)	€ 32,00	€ 320 12	20 PZ