ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP.2020/34709 del 20/08/2020 ore 10,53
Mitt.: SC Servizio Farmaceutico Ospedali...
Ass.: SC Servizio Giuridico Amministrat...
Class.: 1. Fasc.: 829 del 2020

**ATS**Sardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Nuoro

Servizio di Farmacia Ospedaliera

**Direttore ASSL Nuoro**
*Dott. ssa Grazia Cattina*

***Servizio Farmacia Ospedaliera***

***Il Direttore***
***Dr. Giuseppe B. Pintore***

UU. OO.
Farmaceutiche
Ospedaliere

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

**Al Direttore del Servizio Giuridico Amministrativo**

**S E D E**

**Oggetto: Fornitura materiale.**

S'invita voler provvedere all'acquisto dei dispositivi medici di cui all'allegato (Ditte Qiagen 637 €; ditta Life 14.000 €).

Distinti saluti.

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 Salutee
ASSL Nuoro

COPIA

**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)***

***Al Direttore ASSL Nuoro***
***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: U.O. di Cardiologia del Presidio Unico di Area Omogenea Stabilimento "San Francesco" di Nuoro.**

**2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: _Dott. Gavino Casu.**

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 di acquisto tipologia **BENE / SERVIZIO EX D.P.C.M. 24/12/2015** si no

| QUANTITA' | CODICE AREAS | REFERENZA | RDM/CND/REPERTORIO | Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche) |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | Cod. 56404 | W02050185 | QIAamp DNA FFPE Tissue kit (50) per la purificazione del DNA da tessuti fissati in formalina, inclusi in paraffina |
| 1 | | Cod. 51304 | W02050185 | QIAamp DNA Mini Kit (50) per la purificazione del DNA da tessuti |

**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 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 RILEVANZA ATS, 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 ~~si~~ no

**In caso affermativo specificare DITTA: QIAGEN, fornitore ARDEA srl e relativo COD. PRODOTTO: 56404 e 51304**

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

**7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI per l'attività di laboratorio.**

**8) COSTO PRESUNTO: 637,00 euro (IVA esclusa)**

**9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ~~ANNUALE~~ PLURIENNALE OCCASIONALE**

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

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

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Nuoro

Dott. GAVINO CASU
MEDICO CHIRURGO
Specialista in Cardiologia
Specialista in Medicina Interna
Direttore Cardiologia
Ospedale San Francesco Nuoro

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

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**).

ATSSardegna - ASSL Nuoro
Ospedale "San Francesco" Nuoro
Direzione Sanitaria
Dirigente Medico
Dott. Amjad Al Omary

Firma Direzione P.O.U.O. /Servizio/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 ella 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

CTTGRZ60B57G203
K/62009500089380
04.j97H+zlm+yDI
+duXn8F/DG7z
+Tk=

ATSSardegna
Azienda Tutela Salutee
ASSL Nuoro

**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)***

***Al Direttore ASSL Nuoro***
***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: U.O. di Cardiologia del Presidio Unico di Area Omogenea Stabilimento "San Francesco" di Nuoro.**

**2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: _Dott. Gavino Casu.**

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 di acquisto tipologia **BENE / SERVIZIO EX D.P.C.M. 24/12/2015** **si** **no**

| QUANTITA' | CODICE AREAS | REFERENZA | RDM/CND/REPERTORIO | Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche) |
|---|---|---|---|---|
| 1600 | | 100016874 | W0106010299 | **AMPLISEQ MODIFIED BASE 25NMOL** per Ion AmpliSeq Made-to-Order Panel_DesignID_IAD199677, per analisi genetiche tramite NGS. |
| 1600 | | A14976 | W0106010299 | **AMPLISEQ POOLING PLATE PER PRIMER** per Ion AmpliSeq Made-to-Order Panel_DesignID_IAD199677, per analisi genetiche tramite NGS. |
| 1600 | | 100016875 | W0106010299 | **AMPLISEQ DESALTED 25 NMOL** per Ion AmpliSeq Made-to-Order Panel_DesignID_IAD199677, per analisi genetiche tramite NGS. |
| 1600 | | A14962 | W0106010299 | **AMPLISEQ 25 N PLATE 25NMOL** per Ion AmpliSeq Made-to-Order Panel_DesignID_IAD199677, per analisi genetiche tramite NGS. |
| 1 | | 78202.4X.1.ML | W0106010299 | **ExoSAP-IT™ PCR Product Cleanup Reagent** |
| 4 | | 4483485 | W0503010204 | **MicroAmp™ EndurePlate™ Optical 96-Well fast Clear Reaction Plates with Barcode** |
| 2 | 975834 | 4337455 | W0106010299 | **BigDye™ Terminator v3.1 Cycle Sequencing Kit** |
| 3 | 1129155 | 4393714 | W0106010299 | **POP-7™ Polymer for 3500/3500xL Genetic Analyzers** |

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Nuoro

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | 4412614 | W0106010299 | Septa for 3500/3500xL Genetic Analyzers, 96 well |
| 1 | | 4410715 | W0106010299 | Septa Cathode Buffer Container (for the 3500 series Genetic analyzers) |
| 1 | | 4440753 | W0106010299 | Hi-Di™ Formamide |

**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 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 RILEVANZA ATS, 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 ~~si~~ **no**

**In caso affermativo specificare DITTA Thermo Fisher Scientific ( Life Technologies) e relativo COD. PRODOTTO: 100016874, A14976, 100016875, A14962, 78202.4X.1.ML, 4483485, 4337455, 4393714, 4412614, 4410715, 4440753.**

**Materiali di consumo per Ion GeneStudio™ S5 System (AUSL n°3 - NUORO Cod.0014731) e AB 3500 Genetic Analyzer (AUSL n°3 - NUORO Cod.0013357; ATS SARDEGNA NU-0012158).**

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

**7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI per l'attività di laboratorio.**

**8) COSTO PRESUNTO: 14000,00 euro (IVA esclusa)**

**9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE PLURIENNALE** ~~**OCCASIONALE**~~

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

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

Dott. GAVINO CASU
MEDICO CHIRURGO
Specialista in Cardiologia
Specialista in Medicina Interna
Dirigente Cardiologia
Ospedale San Francesco - Nuoro

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

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**).

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Nuoro

ATSSardegna - ASSL Nuoro
Firma Direzione P.O.U.O. e suo Delegato
Ospedale "San Francesco" Nuoro
Direzione Sanitaria
Dirigente Medico
Dott. Amjad Al Omary

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

_____

_____

_____

_____

**Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera** (o suo Delegato)

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

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

Firma del Direttore ASSL Nuoro

CTTGBZ60R57Z203K/62009500089380 04,j97H+zlm+yDI +duXn8F/DG7z +Tk=

Firmato digitalmente da CTTGBZ60R57Z203K/62009500089380 04,j97H+zlm+yDI+duXn8F/DG7z+Tk= Data: 2020.08.21 13:25:28 +02'00'