ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Nuoro

Distretto Sanitario di Nuoro

Al Servizio Giuridico Amministrativo

Oggetto: richiesta fornitura batteria stilo AA e AAA

Si richiede con la massima urgenza la fornitura di batterie stilo, il consumo deriva dall'uso costante ed elevato c/o la Cardiologa del Distretto di uno strumento l'Holter, elettromedicale, che viene posizionato in dotazione per 24 ore ai pz cardiologici.
Con l'emergenza Covid,si è reso necessario, l'utilizzo di rilevatori di temperature, all'ingresso di ogni struttura afferente al Distretto, che necessitano di uso batterie.
Per non interrompere l'attività si presume un consumo per almeno sei mesi di:
N.1300 ministilo AAA+
N. 600 stilo AA
Certi della collaborazione
Si inviano
Cordiali Saluti

Il Direttore del Distretto di Nuoro

CHERCHI GESUINA

Firmato digitalmente da CHERCHI GESUINA
Data: 2020.09.17 14:03:21 +02'00'

ATS Data: 2020-09-17 15:10:09.0, NP/2020/38569

Si autorizza
Grotti

www.atssardegna.it
**ATS Sardegna**
Via E. Costa, 57 – 07100 Sassari (SS)
P. Iva: 00935650903

**Direzione Distretto Sanitario di Nuoro**
via Manzoni n. 38- 08100 Nuoro (NU)
Tel: 0784240024 – Fax: 0784240359
E-mail: gesuina.cherchi@atssardegna.it
segreteria distretto.nuoro@atssardegna.it
PEC: distretto.nuoro@pec.atssardegna.it

www.asslnuoro.it
**Direzione ASSL Nuoro**
Via Demutas, 1 – 08100 Nuoro (NU)
E-mail:dir.asslnuoro@atssardegna.

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)*

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP.2020/42107 del 09/10/2020 ore 12,46
Mitt.: ASSL Nuoro Presidio Ospedaliero S...
Ass : SC Servizio Giuridico Amministrat...
Class : 1.

del _____

**Alla Direzione P.O.U.O. San Francesco di Nuoro**

**Alla Direzione Servizio Farmaceutico Ospedaliero**
GIURIDICO - AMMINISTRATIVO

**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:** DIREZIONE SANITARIA

**2) DIRETTORE/RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE:** _____

**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) |
|---|---|---|---|
| 5000 | | | BATTERIE LITIO CR 2032 |
| 5000 | | | BATTERIE STILO (2A) |
| 3000 | | | BATTERIE MINISTILO (3A) |
| 1000 | | | BATTERIE TORCIA E 1/2 TORCIA |

**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:

PER UTILIZZO DISPOSITIVI MEDICI U.O.

8) COSTO PRESUNTO : _____;

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)

_____

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
Khaled 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 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 ASSL NUORO

_____

6) Richiesta per **lotto unico** si no ; **più lotti** si no
7) **ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI:**

PER UTILIZZO DISPOSITIVI MEDICI U.O.

8) **COSTO PRESUNTO** : _____;

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)

_____

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)

_____

Sardegna - ASSL Nuoro
"San Francesco" Nuoro
Direzione Sanitaria
Dirigente Medico
Hamed 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 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 ASSL NUORO

_____

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)*

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP.2020/42107 del 09/10/2020 ore 12,48
Mitt.: ASSL Nuoro Presidio Ospedaliero S...
Ass.: SC Servizio Giuridico Amministrat...
Class.: 1.

_del_____

***Alla Direzione P.O.U.O. San Francesco di Nuoro***

***Alla Direzione Servizio ~~Farmaceutico Ospedaliero~~***
GIURIDICO - AMMINISTRATIVO

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:** DIREZIONE SANITARIA;

**2) DIRETTORE/RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE:** _____;

**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) |
|---|---|---|---|
| 5000 | | | BATTERIE LITIO CR 2032 |
| 5000 | | | BATTERIE STILO (2A) |
| 3000 | | | BATTERIE MINISTILO (3A) |
| 1000 | | | BATTERIE TORCIA E 1/2 TORCIA |

**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** _____;

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Nuoro

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP 2020/48481 del 19/11/2020 ore 13.13
Mitt.: ASSL Nuoro Diagnostica per immagi...
Ass.: SC Servizio Giuridico Amministrat...
Class.: 1.

**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)***

***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: _RADIOLOGIA_____ASSL Nuoro_____;

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: ____DR.ssa Maria M. Giobbe_____;

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) |
|---|---|---|---|---|
| 35.000 | 0CD80 PWFP K. | | | CD INK JET WHITE certificati per uso medicale, |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 _____ e relativo COD. PRODOTTO _____

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

8) COSTO PRESUNTO: _____

**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): _____

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

GIOBBE MARIA MADDALENA — Firmato digitalmente da GIOBBE MARIA MADDALENA Data: 2020.11.17 12:56:48 +01'00'

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)

ATSSardegna - ASSL Nuoro
Presidio Ospedaliero Unico
Direttore ad interim
Dott.ssa Giovanna Gregu

**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)

_____

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

**Firma del Direttore ASSL Nuoro**

_____