



**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 _____ prof. 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: FARMACIA P.O. SAN FRANCESCO

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 (economici, 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)
1kg	8109	100g	ARGENTIO NITRATO CRISTALLI
	119984	1000g	FU 1kg

Al 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 sì no ; più lotti sì no

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI:

1500 EURO

8) COSTO PRESUNTO: ANNUALE PLURIENNALE OCCASIONALE

9) FABBRISOGNO: 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 **DR. GIUSEPPE B. PINTORE** (o suo delegato)

FARMACIA OSPEDALIERA
P.O. SAN FRANCESCO - NUORO

N.B.: Le Direzioni P.O.U.O. San Francesco di Nuoro e del Servizio Farmaceutico Ospedaliero per quanto di propria competenza qualora rilevano che la presente richiesta evidenzia la necessità di annotazioni e/o di elementi mancanti (da integrare/completare), provvederanno alla sua restituzione/integrazione/completamento al fine 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 al fine della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere favorevole).

Firma Direzione P.O.U.O. (o suo delegato)
Roberta Antonella Tatti
Medico
Sanitaria - Nuoro
ASL Nuoro
Gardegna - ASL Nuoro

PARTE RISERVATA ALLA DIREZIONE Servizio Farmacia Ospedaliera ASL Nuoro (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta al fine della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere favorevole).
P.O. SAN FRANCESCO - NUORO
FARMACIA OSPEDALIERA
Dr. GIUSEPPE B. PINTORE
Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo delegato)

PARTE RISERVATA ALLA DIREZIONE ASL NUORO PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO:
Firma del Direttore ASL NUORO