

- 7 LUG 2020

POSTA IN ARRIVO

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: SC Pediatra

2) DIRETTORE/RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DOTI Antonio PUALBU

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)
5			FONENOSTETOSCOPI NEONATALI
5			FONENOSTETOSCOPI PEDIATRICI

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'invio 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 _____

X

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI:

Fornitura servizio per e medicinali

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)
 [Signature]
 ATSSardegna - ASSSL Nuoro
 Ospedale "San Francesco" - Nuoro
 U.O. Pediatria - TIN
 Direttore
 Dott. Antonio Cualbu

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)

[Signature]
 ATSSardegna - ASSSL Nuoro
 Ospedale "San Francesco" - Nuoro
 Direzione Sanitaria
 Dirigente Medico
 Dott.ssa Antonella Tatti

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

→ NON DI COMPETENZA

GIUSEPPE B. PINTORE
 FARMACIA OSPEDALIERA
 Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo delegato)
 "SAN FRANCESCO" - NUORO

[Signature]

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

Firma del Direttore ASSSL NUORO

[Signature]

- 7 LUG 2020

POSTA IN ARRIVO

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP.2020/29339 del 07/07/2020 ore 12,06
Mitt.: ASSL Nuoro Pediatria e terapia in...
Ass.: SC Servizio Giuridico Amministrat...
Class.: 1.2.11.



MODULO RICHIESTA ACQUISTO
BENE/SERVIZIO/APPARECCHIATURA
NON DI RILEVANZA ATS e per importo, 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: SC PEDIATRIA

2) DIRETTORE/RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Dot. Antonio Cudde

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)
1		212/20114	OFTALMO SCOPIO DINI CON DANIO A BATTERIA

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'invio 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:**

LAMPADINE DI RICAMBIO

10 pz (OFTALMOSCOPI)

8) **COSTO PRESUNTO** : 243 €

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)
Antonio Qualbu
ATS Sardegna - ASL Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
U.O. Pediatria - TIN
Direttore
Dott. Antonio Cualbu

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 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)

ATS Sardegna - ASL NUORO
"San Francesco" - Nuoro
Direz. Sanitaria
Dirigente Medico
Dott.ssa Antonella Tatti

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

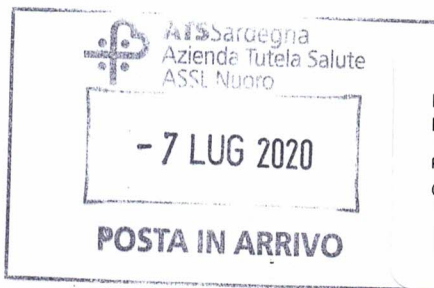
➔ NON DI COMPETENZA

Dr. GIUSEPPE B. PINTOR
Firma Direzione Farmacia Ospedaliera (o suo delegato)
O. "SAN FRANCESCO" - NUORO

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

Firma del Direttore ASL NUORO

Giordano



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: S.C. Pediatria;

2) DIRETTORE/RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Dott Antonio Pualbu;

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)
8		59103/R	KIT LARINGOSCOPIO PEDIATRICO
KIT			CON LAME MISURA 00-0-1
			+ CARICATORE + PANICO.

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** no ; **più lotti** si no
- 7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI:

LAMPADINE DI RICAMBIO (Dannjosec P.O.)

- 8) COSTO PRESUNTO : 196 €
- 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) _____

ATSSardegna - ASSSL Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
U.O. Pediatria - TIN
Direttore
Dott. Antonio Cuelbu

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 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) _____

ATSSardegna - ASSSL Nuoro
Ospedale "San Francesco" Nuoro
Direzione Sanitaria
Dirigente Medico
Dr. Amadio Alomari

PARTE RISERVATA ALLA Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera ASSSL 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 ASSSL NUORO PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO:

Firma del Direttore ASSSL NUORO
