ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP.2020/31847 del 24/07/2020 ore 13:0
Mitt.: SC Servizio Farmaceutico Ospeda...
Ass.: ASSL Nuoro Segreteria di Direzio...
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

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

Al Direttore del Servizio Giuridico Amministrativo

e p. c. **Al Direttore ASSL Nuoro**

L O R O S E D I

Oggetto: <u>Fornitura dispositivi medici.</u>

S'invita voler procedere all'acquisto dei dispositivi indicati negli allegati alla presente (occorrenti all'u. o. di Blocco Operatorio del p. o. "San Francesco").

Valore presunto delle forniture (bastante per soddisfare il fabbisogno di un anno): € 6.000 ca. + € 2.300

Si comunica che i prodotti in questioni possono essere acquisiti anche tramite regime concorrenziale.

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

lo autorizzo

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

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: BLOCCO OPERATORIO – COSTI COMUNI;

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DOTT.SSA ANTONELLA TATTI;

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 ☐

Quantità	Codice AREAS	Referenza	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
300	1318256	2804.1019	T030102	Guaina coprisonda ecografica sterile, M/USO, in kit, cm 10x61
300	1318323	2804.1020	T030102	Guaina coprisonda ecografica sterile, M/USO, in kit, cm 14x61
300	1318324	7.840.030	T030102	Guaina coprisonda ecografica sterile, M/USO, in kit, cm 10x30

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 GAMED SRL 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: circa € 2.300,00

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)

P.O.U.O. San Francesco di Nuoro e del Servizio Farmaceutico Ospedaliero per quanto di propria competenza qualora rilevino [illegible] provvederanno alla sua

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

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
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
Direzione Sanitaria
Dirigente Medico
Dott.ssa Antonella 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 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