ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Nuoro

Area Socio Sanitaria Locale di Nuoro

NP/2020/32434 30-07-2020

AREA S. LOCALE NUORO
DIRETTORE
Dr.ssaa Grazia cattina

Servizio di Farmacia Ospedaliera
Direttore f.f.
Dr. B. Pintore

Farmacia Ospedaliera
P. O. "S. Francesco" Nuoro
Tel. 0784/240528

Farmacia Ospedaliera
P. O. "S. Camillo"
Sorgono
Tel 0784/623328

Al Direttore del Servizio Giuridico Amministrativo

SEDE

Oggetto: Fornitura dispositivi medici.

S'invita voler procedere all'acquisto dei dispositivi indicati in allegato alla presente (occorrenti all'u.o. Blocco Operatorio del p.o. "San Francesco).
Valore presunto della fornitura Euro 9.000.

Distinti saluti.

Il Direttore del Servizio Farmacia Ospedaliera
(Dr. Giuseppe Basilio Pintore)

Servizio di Farmacia
Via Mannironi 08100 Nuoro
T. 0784 240528 Fax. 0784 38885
Email: farmacia.hzpintore@aslnuoro.it

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)
150	1233690	8033654EU	RDM 1370464/R CND T030203	Copertura sterile per microscopio Leica M 720-0H6 in dotazione della sala di Neurochirurgia. Mis. **117** cm x **305** cm con lente di vetro angolata e meccanismo di chiusura a scatto.
50	1233705	8033651EU	RDM 1370464/R CND T030203	Copertura sterile per microscopio Leica M 525-F20 in dotazione della sala di Ortopedia e Otorino. Mis. **117** cm x **305** cm con lente di vetro angolata e meccanismo di chiusura a scatto.
300	1233709	3260UK	RDM 1696911/R CND T030199	Copri manopole universali Mis. **15** cm x **36** cm
1000		63030RT	CND T030101	Cuffie copri strumenti Mis. 76 x 76 cm
1000		63630RT	CND T030101	Cuffie copri strumenti Mis. 91 x 76 cm

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 MICROTEK ITALY SRL e relativo COD. PRODOTTO

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI MICROSCOPIO LEICA DI NOSTRA PROPRIETÀ

8) COSTO PRESUNTO: circa € 9.000,00

9) FABBISOGNO: MENSILE ☐ SEMESTRALE ☐ ANNUALE ■ PLURIENNALE ☐ OCCASIONALE ☐

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

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
Direzione Sanitaria
Dirigente Medico
Dott.ssa Antonella Tatti

Firma Direzione P.O.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. PINTOR
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