

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP. 2020/30213 del 13/07/2020 ore 12,32
Mitt.: SC Servizio Farmaceutico Ospedaliere
Ass.: SC Servizio Giuridico Amministrativo
Class.: 1. Fasc.: 829 del 2020



Servizio di Farmacia Ospedaliera



Direttore ASS
Dott. ssa Grazia Cattina

Prot. n. _____

Al Direttore del Servizio Giuridico Amministrativo

SEDE

Oggetto: Fornitura dispositivi medici.

S'invita voler procedere all'acquisto dei dispositivi indicati nell'allegato alla presente (occorrenti all'u. o. di Sala operatoria Chirurgia Vascolare del p. o. "San Francesco").

Valore presunto della fornitura (bastante per soddisfare il fabbisogno di un anno): € 800 ca.

Si comunica che la gara Ats è in fase di predisposizione da parte dell'Assl di Nuoro.

Distinti saluti.

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

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

Il Responsabile dell'Ufficio

C. Serpico

Il Responsabile del procedimento

C. Serpico

*Indicare!
come ne è
permesso*

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 3. luglio 2020 prot. n° NP/ _____ del _____

Nuoro

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 iniziali cognome).

1) SERVIZIO/STRUTTURA/U.O. RICHIEDENTE: S.C. Cardi Vascolare

2) DIRETTORE/RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: GIAN FRANCO FADDA

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/Reper torio	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifica tecniche)
<u>10</u>		<u>08599</u>	<u>INTRODOTTORE valvolato a direzione con curva bidirezionale.</u>
		<u>Rep. 655468/R</u>	

Al fine 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 ABMedica e relativo COD. PRODOTTO 405/DS...
VARIP Misure

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

8) COSTO PRESUNTO : Circa 800 + IVA

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): _____

ATS Sardegna - ASL Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
U.O. Chirurgia Vascolare
Firma del Direttore Dipartimento Chirurgia U.O. (o suo delegato)
Dott. Gianfranco Fadda

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

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).

Dr. GIUSEPPE B. PINTORE

FARMACIA OSPEDALIERA
Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo delegato)
P.O. "SAN FRANCESCO" NUORO
[Signature]

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

Firma del Direttore ASL NUORO

[Signature]