

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP. 2020/30187 del 13/07/2020 ore 12,07
Mitt.: ASSL Nuoro Dipartimento Strutturale...
Ass.: ASSL Nuoro Presidio Ospedaliero S...
Class.: 1.



Direzione Sanitaria
P.O. San Francesco
_ ASSL Nuoro
_ SEDE

Ufficio Giuridico Amministrativo
_ ASSL Nuoro
_ SEDE

e p.c. DIREZIONE
_ ASSL Nuoro
_ SEDE

Oggetto: Richiesta di acquisto

Con la presente si richiede l'acquisto del dispositivo descritto di seguito in tabella, necessario per l'assorbimento dei liquidi di tutti i tipi derivanti dall'attività chirurgica svolta dalle sale operatorie di GINECOLOGIA, ORTOPEDIA e UROLOGIA.

Si precisa che tale dispositivo non è presente in nessuna Gara Regionale dell'ATS.

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	CND / RDM	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
145			T030104/ 495952	Rotolo assorbente con capacità assorbente 5 lt/mq, dimensioni 90 cm x 50 metri, a bassissimo rilascio particellare, ad alto assorbimento, strato inferiore impermeabile e antiscivolo per il contatto con il pavimento.
5				Portarotolo

Fiduciosi in un sollecito riscontro

Cordiali saluti

ATS Sardegna - ASSL Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
Dipartimento Cure Chirurgiche
Responsabile Infermieristico
Dott. Alessandro Carrus

ATS Sardegna _ ASSL Nuoro
Direttore F.F.

U.O. GINECOLOGIA

Dott. Raimondo CORONA
ATS Sardegna - ASSL Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
U.O. Ostetricia - Ginecologia
Dirigente Medico
Dott. Raimondo Corona

ATS Sardegna _ ASSL Nuoro

Direttore F.F.

U.O. ORTOPEDIA

Dott. Pier Luigi PITTALIS

ATS Sardegna _ ASSL Nuoro

Direttore F.F.

U.O. UROLOGIA

Dott. Giampaolo COSSI

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
All'Ufficio Giuridico Amministrativo**

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: SALA GINECOLOGIA – SALA ORTOPEDIA – SALA UROLOGIA

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DOTT. CORONA – DOTT. PITTALIS – DOTT. COSSU

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 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)
145			CND T030104 RDM 495952	Rotolo assorbente con capacità assorbente 5 lt/mq, dimensioni 90 cm x 50 metri
5				Portarotolo

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 ASL 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 _____ 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 € 38.500,00

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)

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)

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)

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)

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

Firma del Direttore ASL Nuoro
