ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Nuoro

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP.2020/40194 del 29/09/2020 ore 11,00
Mitt.: ASSL Nuoro Chirurgia Generale
Ass.: SC Servizio Giuridico Amministrat...
Class.: 1.

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 _____ *prot. n°NP/*_____ *del* _____

Alla Direzione P.O.U.O. San Francesco di Nuoro
ALLA SC GIURIDICO-AMMINISTRATIVO
~~***Alla Direzione Servizio Farmaceutico Ospedaliero***~~
ALLA S.C. INGEGNERIA CLINICA

OGGETTO: **Richiesta d'acquisto.**
N.B.: ai fini della privacy (dati sensibili) non indicare mai estremi angrafici di assistiti/destinatari richiesta (solo nome ed iniziale cognome).

1) SERVIZIO/STRUTTURA/U.O. RICHIEDENTE: CHIRURGIA GENERALE;

2) DIRETTORE/RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DE NISCO CARLO;

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 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			TELEVISORE / MONITOR DA 37/40 Pollici
1			STAFFA PER SUPPORTO AL MURO

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** si ☐ no ☐ ; **più lotti** si ☐ no ☐

7) **ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI**:

ADDESTRAMENTO CONSOLE CHIRURGICA SIMULATORE ROBOT VISIONE DELLE PROCEDURE SIA AL SIMULATORE CHE PER GLI INTERVENTI ROBOTICI

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)

_____

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).**

_____

_____

_____

_____.

ATS Sardegna - ASSL Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
Direzione Sanitaria
Dirigente Medico
Dott.ssa Antonella Tarsi

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 della richiesta, **altrimenti esprimere parere favorevole).**

_____

_____

_____

_____.

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo delegato)

_____

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

Firma del Direttore ASSL NUORO

_____

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Nuoro
IL DIRETTORE
Grazia Cattina