ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP 2020/41196 del 05/10/2020 ore 13:15
Mitt.: SC Servizio Farmaceutico Ospedali...
Ass.: SC Servizio Giuridico Amministrat...
Class.: 1. Fasc.: 829 del 2020

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Nuoro

Servizio di Farmacia Ospedaliera

rot. n._____

Direttore ASSL Nuoro
*Dott. ssa Grazia Cattina*

**Al Direttore del Servizio Giuridico Amministrativo**

**S E D E**

**Oggetto:** **Fornitura materiale per l'u. o. di Rianimazione.**

S'invita voler provvedere all'acquisto dei dispositivi medici di cui all'allegato.

Si tratta di materiale da acquisire dalla Ditta Medical s. p. a. (valore presunto € 12.000 + Iva).

Distinti saluti.


***Servizio Farmacia Ospedaliera***

***Il Direttore***
***Dr. Giuseppe B. Pintore***

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

_____

Il Responsabile del procedimento

_____

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)**

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: RIANIMAZIONE**

**2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DOTT. F.F. PEPPINO PAFFI**

**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** ■

| QUANTITA' | CODICE AREAS | REFERENZA | RDM/CND/REPERTORIO | Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche) |
|---|---|---|---|---|
| 5 | 1261048 | 317-05 | Z12040208 / 305532 | KIT composto da 4 Cuscinetti (Pads) Articgel per il controllo della temperatura corporea mediante ARTIC SUN 5000 – MISURA S |
| 5 | 1342284 | 317-07 | Z12040208 / 28472 | KIT composto da 4 Cuscinetti (Pads) Articgel per il controllo della temperatura corporea mediante ARTIC SUN 5000 – MISURA M |
| 1 | 1342285 | 317-09 | Z12040208 / 28473 | KIT composto da 4 Cuscinetti (Pads) Articgel per il controllo della temperatura corporea mediante ARTIC SUN 5000 – MISURA L |
| 1 | 1399805 | 90050 | V03010299 / 1447716 | Sonda temperatura esofagea/rettale 9 CH |
| 1 | 1399785 | 90044 | V03010299 / 1335424 | Sonda temperatura esofagea/rettale 12 CH |

**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** ___Medical SPA_____ **e relativo COD. PRODOTTO** 50000101___ **ARTIC SUN 5000**

**6) Richiesta per lotto unico si** ■ **no** ☐ **; più lotti si** ☐ **no** ☐

**7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI** TERAPIA IPOTERMICA CON STRUMENTAZIONE "ARTIC SUN" proprietà ATS

**8) COSTO PRESUNTO:** ___€ 12.000

**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)

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

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**).

**Firma Direzione P.O.U.O.** (o suo Delegato)

ATSSardegna - ASSL Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
U.O. Anestesia e Rianimazione
Dirigente Medico
Dott. Peppino Paff

**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**