ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Nuoro

Area Socio Sanitaria Locale di Nuoro

NP/2020/0032690 NUORO 31-07-2020

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 ditta Vyaire Srl.

S'invita voler procedere all'acquisto dei dispositivi indicati in allegato alla presente (occorrenti all'u.o. Rianimazione del p.o. "San Francesco).
Valore presunto della fornitura Euro 2.640 + IVA.

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
ASSL Nuoro

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 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 iniziale cognome).

1) SERVIZIO/STRUTTURA/U.O. RICHIEDENTE: Nanineuroc ;

2) DIRETTORE/RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Peppino Poffi ;

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)
200		R0499	Filtri RESPIRATORE AREA COD. 11790

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 VYAIRE Srl e relativo **COD. PRODOTTO** 11790 ;

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

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

PER RESPIRATORI AVEA DI PROPRIETÀ ATSSARDEGNA -

8) **COSTO PRESUNTO** : € 2.640 + 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):

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).**

ATSSardegna - ASSL Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
Direzione Sanitaria
Dirigente Medico
Dott.ssa Anto della Tatti

Firma Direzione P.O.U.O. (o suo delegato)

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

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).**

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

Vyaire S.r.l.
Via Ticino , 10/12
I-50019 SESTO FIORENTINO (FIRENZE)
Assistenza Tecnica
Tel: +39 055 0620656
Fax: +39 055 0620816
Email:
GMB-ITA-CUSTOMER-VENT@Vyaire.com

Quotation
20002839

FATTURAZIONE A: 10034329

Az per la Tutela Della Salute
via Enrico Costa 57
07100 Sassari SS

SPEDIZIONE A: 10062162

MAGAZZINO MF2 P.O. S.FRANCESCO
ASL 3 NUORO FARMACIA
VIA MANNIRONI
08100 NUORO NU

Riferimento Cliente	Riferimento Vyaire	Referente procedimento	Data
OSTRA RICHIESTA	20002839	Chiara Fontani	30.07.2020

Termini di pagamento

60 giorni fine mese

Art.	Prodotto	Qta	UM	Descrizione	Prezzo unitario	IVA	Prezzo Totale
010	11790 1 BOX = 12 EA	1	BOX	AVEA FILTER	220,00	AA	220,00

SI PREGA DI INSERIRE SEMPRE NEI VOSTRI ORDINI IL NOSTRO NUMERO DI PREVENTIVO

Condizioni generali di fornitura

- Il prezzo è da intendersi comprensivo di imballo.
- Ordine minimo processabile Euro 100

In attesa di un Vostro cortese riscontro alla nostra
Mail ASSISTENZA.TECNICA@VYAIRE.COM

Ns Rif Chiamata N. 128119CC
Apparecchiatura: MOD. AVEA

Vyaire S.r.l.
Techincal Service Dep.
Via Ticino, 10/12
50019 Sesto Fiorentino (FI

Totale IVA esclusa	220,00
IVA	48,40
Totale EURO	268,40

Filtro Espiratorio Monouso
per Ventilatore AVEA

Codice Prodotto: 11790

DESCRIZIONE

Filtro espiratorio monouso per Avea. Posizionato sulla via espiratoria protegge i sensori interni del ventilatore. I gas espirati dal paziente passano attraverso il filtro prima di essere espulsi in ambiente (non ammorbano l'ambiente degli operatori).

Il filtro è completo di blocco a cartuccia, trappola raccogli condensa e filtro HEPA con efficacia del 99.999+% contro virus e batteri.

Il filtro è clinicamente pulito (non sterile). Monouso. Non sterilizzare, non pulire, non riutilizzare.

SPECIFICHE TECNICHE	
Resistenza	< 1cmH2O at 60 L/min (vs. 1,75 del filtro autoclavabile)
Compliance	< 0.4 mL/cmH2O
Materiali	Materiali utilizzati per la costruzione del filtro hanno superato i test USP Classe VI 121 °C Plastica e Citotossicità.

PRODOTTO DA:

CareFusion 22705 Savi Ranch Pkwy Yorba Linda, CA (USA) 92887

DISTRIBUITO IN ITALIA:

CareFusion Italy 311 Srl – Via Ticino, 4 – 50019 Sesto Fiorentino (FI)

CONFEZIONAMENTO:

Pezzi per confezione

12

Tipo confezione

Ogni filtro è sigillato singolarmente in una busta in plastica (Low Density Polyethylene).

CareFusion

IMMAGAZZINAMENTO

Condizioni

Umidità Relativa	0 - 95 % UR

Durata

Il lotto di produzione ha durata 2 anni

RIFERIMENTI NORMATIVI

CND	R0499 - FILTRI RESPIRATORI - ALTRI
Numero di registrazione in Banca Dati	496211
Marchio CE	0086 (BSI)
Classe	I

Dispositivo medico conforme alla direttiva 93/42/CE e successivi emendamenti.

NORME PRECAUZIONALI

Fare riferimento al manuale d'uso.

CONTROINDICAZIONI

Fare riferimento al manuale d'uso.

NOME COMMERCIALE

N/A

Le specifiche sono soggette a modifica senza preavviso.

AVVERTENZA: in base alle leggi federali statunitensi la vendita e l'utilizzo del dispositivo qui descritto sono soggetti a prescrizione medica.

CareFusion
22745 Savi Ranch Parkway
Yorba Linda, CA 92887
Numero verde: 800.231.2466
Tel.: +1-714-283-2228
Fax: +1-714-283-8493

CareFusion Italy
Via Ticino, 4
50019 Sesto F.no (FI)
ITALY
Tel.: +39 055 303391
Fax: +39 055 340025

© 2010 CareFusion Corporation o una delle sue affiliate. Tutti i diritti

CareFusion
Yorba Linda, CA
carefusion.com

CareFusion