ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP.2020/41190 del 05/10/2020 ore 13,09
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

Direttore ASSL Nuoro
Dott. ssa Grazia Cattina

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

Nuoro, _____ prot. n._____

Al Direttore del Servizio Giuridico Amministrativo

S E D E

Oggetto: **Fornitura materiale farmaceutico.**

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

Si tratta di materiale da acquisire tramite regime concorrenziale (valore presunto € 1.500 + Iva).

Distinti saluti.

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

Il Responsabile dell'Ufficio

_____

Il Responsabile del procedimento

_____

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Nuoro

NON DI RILEVANZA ATS e per importo, in ragione d'anno, inferiore a € 40.000,00 (...)
(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 angrafici di assistiti/destinatari richiesta (solo nome ed iniziale cognome).

1) SERVIZIO/STRUTTURA/U.O. RICHIEDENTE: FARMACIA INTERNA P.O. S. FRANCESCO (NU)

2) DIRETTORE/RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: GIUSEPPE BASILIO PINTORE

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)
4'000		V9003	Lacci emostatici
30'000		V9001	Abbassalingua legno sterili

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:**

_____

8) **COSTO PRESUNTO** € 1.500 _____;

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/Servizio/U.O. (o suo delegato)

Dr. GIUSEPPE B. PINTORE
FARMACIA OSPEDALIERA
P.O. "SAN FRANCESCO" - NUORO

_____

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
Direttore Medico
Dott.ssa Antonella Tatti

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).**

_____
_____
_____
_____.

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

_____