

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)

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP 2020/29620 del 08/07/2020 ore 15,43
Mitt: ASSL Nuoro Cardiologia Utic
Ass.: SC Servizio Giuridico Amministrat...
Class.: 1.



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: U.O.C. DI CARDIOLOGIA

2) DIRETTORE/RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DOCT. GAUINO CASU

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 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 | | | MOBILE CON LAVELLO IN ACCIAIO FRIGORIFERO |
| 1 | | | LAVASTOVIGLIE + PIANO COTTURA |
| | | | PENSILI + MOBILI BASSI componibili |
| | | | DAL MOBILIARE CHE VERRA' A FARE IL PREVENTIVO SULLA BASE DELLE MISURE |

CARDIOLOGIA

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

PER IL BUON FUNZIONAMENTO DEL REPARO

8) COSTO PRESUNTO : _____

9) FABBRISOGNO: 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): _____

DOT. GAVINO CASU
Firma del Direttore Dipartimento (o suo delegato)

Specialista in Cardiologia
Direttore Cardiologia

N.B.: Le Direzioni P.O.U.O. San Francesco di Nuoro e del Servizio Farmacia Ospedaliero per quanto di propria competenza qualora rilevano che la presente richiesta evidenzia la necessità di annotazioni e/o di elementi mancanti (da integrare/completare), provvederanno alla sua restituzione/integrazione/completamento al fine 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)

ATSSAROGGIA
Ospedale San Francesco - Nuoro
Direzione Servizio Farmacia - Nuoro
Dott.ssa Antonella Tartù

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