



Servizio di Farmacia Ospedaliera



Nuoro, _____ prot. n. _____

Direttore ASL Nuoro
Dott. ssa Grazia Cattina

Al Direttore del Servizio Giuridico Amministrativo

S E D E

Oggetto: Fornitura materiale per vari reparti e servizi p. o. "S. Francesco".

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

Si tratta di materiale da acquisire dalla ditta Medtronic (valore presunto € 40.000 + 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

MODULO RICHIESTA ACQUISTO

BENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA

NON DI RILEVANZA ATS e per importo, in ragione d'anno, inferiore a € 40.000 (IVA esclusa)
(Rif. Tabella 3 allegata alla Deliberazione D.G. ATS n° 800 del 15/06/2018)

**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 e iniziale cognome)

1) SERVIZIO/ STRUTTURA / U.O. RICHIEDENTE: FARMACIA P.O. SAN FRANCESCO - NUORO;

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Dottor 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 (economici, 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 x no

QUANTITA	CODICE AREAS	REFERENZ A	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
4512	121346	MAX-AL-I	C900301	SENSORE MAX ADULTO PESO MAGGIORE 30 KG CONF. X 24 PZ *MAX-AL-I* COVIDIEN LLC
240	127131	MAX-I-I	C900301	SENSORE MAX PED. PAZIENTI PESO DA 3KG A 20KG *MAX-I-I* COVIDIEN LLC
240	121348	MAX-N-I	C900301	SENSORE MAX NEONATALE/ADULTO PESO INFERIORE A 3KG *MAX-N-I* COVIDIEN LLC

Al 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'invio 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 x no

In caso affermativo specificare DITTA Medtronic e relativo COD. PRODOTTO SENSORI PER OSSIMETRIA

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI: PER SATURIMETRI IN DOTAZIONE PRESSO LE U.O. DELLA ASSL DI NUORO, NELLE MORE DELL'ESPLETAMENTO GARA ATS CND C.

8) COSTO PRESUNTO: € - TOTALE PEZZI 4992 - IMPORTO TOTALE € 39936,00

9) FABBISOGNO: PER MESI 2

10) CODICE/PROGETTO/FINANZIAMENTO: fondi di bilancio o altro strumento (specificare) _____

11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy): _____

Firma del Direttore P.O./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 evidenzia 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 - ASL Nuoro

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

Direttore ad interim
Dott.ssa Giovanna Gregu

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)

Dr. GIUSEPPE B. PINTORE

Firma Direzione Servizio Farmacia ospedaliera (o suo Delegato)
FARMACIA OSPEDALIERA
P.O. "SAN FRANCESCO" - NUORO

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

Firma del Direttore ASL Nuoro
