

Servizio di Farmacia Ospedaliera

**Direttore ASL Nuoro**  
Dott. ssa Gesuina Cherchi

Nuoro, \_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_

**Al Direttore Area S. S Locale di Nuoro**

**Dr. ssa Gesuina Cherchi**

**S E D E**

**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

**Oggetto: Richiesta acquisto tramite Servizio Giuridico Amministrativo.**

Con la presente si chiede autorizzazione all'acquisto dei dispositivi medici di cui all'allegato.

Si tratta di materiale da acquisire dalla Ditta Medtronic (valore presunto € 40.000 + Iva), in attesa dell'espletamento della gara a valenza Ats.  
Distinti saluti.

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE  
NP.2021/2520 del 20/01/2021 ore 11,54  
Mitt.: SC Servizio Farmaceutico Ospedaliere  
Ass.: ASL Nuoro Segreteria di Direzione  
Class.: 1. Fasc.: 157 del 2021



**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 € 40.000,00 (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: SERVIZIO DI FARMACIA O.S.P.  
2) DIRETTORE/RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: PINTORE GIUSEPPE BASILIO

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/ASL, 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: sì  no

| Q.tà | Codice AREAS | RDM/CND/Repertorio | Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche) |
|------|--------------|--------------------|--|
| 4512 | 121346       | C900301            | SENSORE MAX ADULTO COD. MAX-A1-1   |
| 240  | 121348       | C900301            | SENSORE MAX PEDIATRICO COD. MAX-N-1  |
| 240  | 127131       | C900301            | SENSORE MAX NEONATALE COD. MAX-I-1   |
|      |              |                    |  |

**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 ASL 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 sì  no

In caso affermativo specificare DITTA MENTRONIC e relativo COD. PRODOTTO MAX-A1-1  
MAX-N-1  
MAX-I-1

6) Richiesta per lotto unico si  no  ; più lotti si  no   
7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI:

8) COSTO PRESUNTO : 40.000,00

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): \_\_\_\_\_

**Dr. GIUSEPPE B. PINTORE**  
FARMACIA OSPEDALIERA  
Firma del Direttore P.O. "SAN FRANCESCO" - NUORO 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 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).

---

---

---

---

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

Madine

**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)  
P.O. "SAN FRANCESCO" - NUORO

[Signature]

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

Firma del Direttore ASL NUORO

\_\_\_\_\_