

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)

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP 2021/28205 del 12/07/2021 ore 10,28
MITT. ASSL Nuoro Dipartimento Struttura

Ass. ASSL Nuoro DIREZIONE ASSL
Class. 1

Alla Direzione P.O.U.O. "San Francesco" di Nuoro
All'Ufficio Giuridico Amministrativo



URGENTISSIMO

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: BLOCCO OPERATORIO - SALA ORTOPEDIA - SALA NEUROCHIRURGIA

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: D.SSA GRAZIA CATTINA

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 sì ☒ no ☐

Quant.	AREAS	Referenza	RDM/CND	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
2		5100.120.450	1525558 Z12149080	TERMINALE SD/PD ELITE - RETTO 7,5 CM (EA)
2	1308088	5400.210.258	1560544 Z12100902	TERMINALE PD - CRANIOTOMO CON DURAGUARD D-58 ROTANTE 16 MM (EA)
2	1260333	6203.135.000	15474 Z12130580	TERMINALE HUDSON /TRINKLE MODIFICATO
2	1260332	6203.131.000	15467 Z12130580	MANDRINO DA 1/4 DI POLLICE CON CHIAVE
2		6203.132.000	15468 Z12130580	MANDRINO DA 5/32 DI POLLICE CON CHIAVE

Al fine 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/UNICOINFUNGIBILE ex Art. 63, c. 2, lett. b), del D. Lgs. n° 50/2016 sì ☒ no ☐

In caso affermativo specificare CITTA STRYKER e relativo COD. PRODOTTO

6) Richiesta per lotto unico sì ☒ no ☐ più lotti sì ☐ no ☐

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI Compatibili con manipoli rotanti e motori stryker di nostra proprietà

8) COSTO PRESUNTO: circa € 15.000 circa _____

9) FABBISOGNO: MENSILE ☐ SEMESTRALE ☐ ANNUALE ☐ PLURIENNALE ☐ OCCASIONALE ☒

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


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

Firma del Direttore Dipartimento P.O./Servizio U.O. (o suo Delegato)

ATSSardegna - ASL Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
S.C. Chirurgia Vascolare

N.B.: Le Direzioni P.O.U.O. San Francesco di Nuoro e Direzione Provinciale Ospedaliera per quanto di propria competenza qualora rilevino che la presente richiesta evidenzia la necessità di integrazione di elementi mancanti (da integrare/completare), provvederanno alla sua restituzione/integrazione/completamento ai fini del suo utilizzo.

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**
Azienda Tutela Salute
ASL Nuoro
Presidio Ospedaliero Unico

IL DIRETTORE

Grazia Cattina

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

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

Firma del Direttore ASL Nuoro
 **ATSSardegna**
Azienda Tutela Salute
ASL Nuoro

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott. Gesuina Cherchi