Dott. Pittalis

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Nuoro

Servizio di Farmacia Ospedaliera

Direttore ASSL 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 l'autorizzazione all'acquisto dei dispositivi medici di cui all'allegato.

Si tratta di materiale occorrente a vari reparti del p. o. "S. Francesco".

Distinti saluti.

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP.2021/29738 del 22/07/2021 ore 12:38
Mitt.: SC Servizio Farmaceutico Ospedali...
Ass.: ASSL Nuoro DIREZIONE ASSL
Class.: 1. Fasc.: 157 del 2021

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

Il Responsabile dell'Ufficio

_____

Il Responsabile del procedimento

_____

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Nuoro

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 FARMACIA OSPEDALIERA

2) DIRETTORE/RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: _____;

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)
1000	133203	T0202	KIT CATETERISMO VENOSO CENTRALE COD. MD030302 6FML

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 ☐

ALLEGATI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI:

8) **COSTO PRESUNTO** : 20 EURO - costo complessivo 20.000,00 EURO

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/P.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 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).

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).

ATSSardegna - ASSL Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
Servizio di Farmacia Ospedaliera
Direttore
Dott. Giuseppe Basilio Pintore

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo delegato)

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

Firma del Direttore ASSL NUORO

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Nuoro
COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott. Gesuina Cherchi