ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Nuoro

Servizio di Farmacia Ospedaliera

Nuoro, _____ prot. n._____

Direttore ASSL Nuoro
Dott. ssa Gesuina Cherchi

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*

Al Direttore Area S. S Locale di Nuoro

Dr. ssa Gesuina Cherchi

S E D E

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

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

Si tratta di materiale per l'u. o. di Neurologia del p. o. "S. Francesco", il cui valore presunto è di € 8.500 + Iva.

Distinti saluti.

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP.2021/17769 del 28/04/2021 ore 07,57
Mitt.: SC Servizio Farmaceutico Ospedali...
Ass.: ASSL Nuoro Segreteria di Direzione...
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 (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: NEUROLOGIA E STROKE UNIT

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DOTT.SSA SADDI MARIA VALERIA

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 di acquisto tipologia **BENE / SERVIZIO EX D.P.C.M. 24/12/2015** **si** ~~no~~

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	**Descrizione/caratteristiche tecniche** oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
3	1373676		Z12100485	Elettrodo a barra (Ponte di stimolazione) piatto per adulti con dischi in acciaio e fascetta in velcro, connettore a 5 poli DI, cavo 150 cm
3	1374694		Z12100485	Cavo di collegamento per elettrodo ad ago concentrico L 150 cm – uscita assiale DIN Pentapolare
200	1419716		Z12100485	Elettrodo a coppetta in Ag/AgCl 10 mm di diametro, cavo in silicone L 150 cm, uscita plug sicurezza 1,5
7000	1419717		Z12100485	Elettrodo monouso adesivo conduttivo 15 x20 mm
5			Z12100485	Cavo schermato per ENG L 120 cm con tre terminali a coccodrillo per elettrodi di superficie, connettore a 5 poli DIN
3	1374693		Z12100485	Elettrodi di massa con attacco a bottone su fascia in velcro connettore femmina 1,5 mm lunghezza cavo 2 m
Il materiale indicato deve obbligatoriamente essere adatto all'uso su elettromiografo Dantec Keypoint Model/Type reference: 9031A070 e con gli elettrodi ad ago concentrico Friend hip Medical 38 mm x0,45 mm 26 G REF NEC3845, in dotazione all'unità operativa				

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 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** ~~no~~

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Nuoro

In caso affermativo specificare DITTA _____ **e relativo COD. PRODOTTO** _____

_____

6) Richiesta per lotto unico sì ✓ **no** ; **più lotti si** **no**

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI ___—___

_____

8) COSTO PRESUNTO: 8,500 euro
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 - ASSL Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
U.O. Neurologia e Stroke Unit
Dirigente Medico
Dott.ssa Maria Valeria Saddi

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 ella richiesta, **altrimenti esprimere parere favorevole**)

_____

_____

_____

_____

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

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)

_____

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

Firma del Direttore ASSL Nuoro

_____