

Servizio di Farmacia Ospedaliera

Nuoro, _____ prot. n. _____

Direttore ASSL Nuoro
Dot. ssa Gesuina Cherchi

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 di dispositivi medici di cui all'allegato.

Si tratta di materiale per l'u. o. di Radiologia del p. o. "S. Francesco".

Distinti saluti.

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP. 2021/21927 del 25/05/2021 ore 12,15
Mitt.: SC Servizio Farmaceutico Ospedaliere
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

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: Radiologia ;
- 2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Dott Maria Giobbe
- 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 (economiali, 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)
2				Trevo Retriever XP ProVue 6x25 Cod 90196
3				Trevo Retriever XP ProVue 4x20 Cod 90182
9				Cod M001468070 Guidewire Transend Floppy 205 cm
7				Catetere per tromboaspirazione endocranica ACE 68KIT
9				Cod M001468060 Guidewire Transend EX soft tip 205 cm
7				Microcatetere supportivo Velocity

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'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**

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

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

- 8) **COSTO PRESUNTO:** _____
- 9) **FABBISOGNO: MENSILE**
- 10) **CODICE/PROGETTO/FINANZIAMENTO:** fondi di bilancio o altro strumento (specificare) _____
- 11) **EVENTUALI ALLEGATI** (nel rispetto della vigente normativa privacy): _____

Firma del Direttore **ATSSardegna - ASL Nuoro** (o suo Delegato)

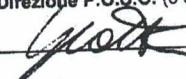

Ospedale "San Francesco" - Nuoro

U.O. Radiologia

N.B.: Le Direzioni P.O.U.O. San Francesco di Nuoro e del Servizio Radiologia sono tenuti a restituire 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)



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)

ATSSardegna - ASL 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 ASL NUORO PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO:

Firma del Direttore ASL Nuoro
