Azienda Tutela Salute

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP 2021/14207 del 02/04/2021 ore 10.53
Mitt.: ASSL Nuoro Anatomia Patologica
Ass.: SC Servizio Giuridico Amministrat...
Class.: 1.

MODULO RICHIESTA ACQUISTOBENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA
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: ANATOMIA PATOLOGICA HSF NUORO

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: CANU LUISA

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)
30.000	720-2215	13		CASSETTE PER INCLUSIONE 40x26x7 mm.
50.000	720-2254	122		SPUGNETTE BLU PER BIOPSIA
10.000	612-4504	95		PIPETTE PASTEUR DA 3 ML.

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

In caso affermativo specificare DITTA _____ **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 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. Anatomia Patologica
Dirigente Medico
Dott.ssa Luisa Canu

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**).

_____

_____

_____

_____

ATSSardegna - ASSL Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
Direzione Sanitaria
Dirigente Medico
Dott.ssa Annarella Tatti

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**)

_____

_____

_____

_____

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)

_____

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

Firma del Direttore ASSL Nuoro

_____

STEFANIA CABIDDU

Da: luisa.canu@atssardegna.it
Inviato: lunedì 3 maggio 2021 11:27
A: Stefania Cabiddu
Oggetto: Acquisto NP 2021/14207

Gent.ma
considerando le difficoltà al reperimento e acquisto del materiale volevo chiederti, se fosse possibile, di aumentare il quantitativo del materiale richiesto in modo da evitare di fare più ordini.
Le quantità potrebbero essere raddoppiate.

Grazie

Luisa Canu

STEFANIA CABIDDU

Da: luisa.canu@atssardegna.it
Inviato: lunedì 3 maggio 2021 10:53
A: GESUINA CHERCHI; FRANCESCO PITTALIS
Cc: Stefania Cabiddu
Oggetto: Acquisto biocassette

Gent.mi
vi scrivo per chiedervi di accelerare l'acquisto delle cassette per inclusione ormai giunte al termine. La richiesta fatta da tempo è stata riproposta con prot. N 2021/14207.
Ho chiesto le medesime in prestito da altro servizio ATS ma è necessario il loro tempestivo acquisto.

Grazie
Cordiali saluti

--
Dott.ssa Luisa Canu
Direttore f.f.
UOC Anatomia Patologica
Osp. San Francesco, Nuoro
ASSL Nuoro ATS Sardegna