ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

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 2021/14981 del 09/04/2021 ore 11.02
Mitt.: ASSL Nuoro Dipartimento Struttura...
Ass.: SC Servizio Giuridico Amministrat...
Class.: 1.

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

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 OTORINO;

2) **DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE:** DR. CORRADO BOZZO;

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 □

Quantità	Referenza	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
2	MCL30	REP.1571701 CND L1403	Pinza laringea a cucchiaio Bouchayer in alto Lungh. 220 mm
2	MCL29	REP.1571701 CND L1403	Pinza laringea a cucchiaio Bouchayer sx Lungh. 220 mm
2	MCEN79J30	REP.1455911 CND L149001	Tubo di aspirazione misura 4 lungh.95 mm
2	MCEN79J40	REP.1455912 CND L149001	Tubo di aspirazione misura 5 lungh.95 mm
1	MCL219	REP.1524719 CND L180401	Pinza a cuore laringea monopolare con aspiratore destra Lungh. 220 mm
1	MCL219-1	REP.1524719 CND L180401	Pinza a cuore laringea monopolare con aspiratore sinistra Lungh. 220 mm
1	MCL82	REP.1571701 CND L1403	Pinza divaricatore per corde vocali
1	MCL12	REP.1571701 CND L1403	Pinza laringea retta a cucchiaio Lungh. 220 mm
1	MCEN27R	REP.1414592 CND L140202	Pinza concotomo retrogrado ruotante ganasce 2,5 x 7 mm Lungh.100 mm
1	SCP337A	REP.350371 CND L140299	Aspiratore scollatore con attacco girevole Diam. 3,5 mm, Lungh.125 mm
1	CP824-5	REP.1571084 CND L140299	Sgorbia a baionetta a forma di V, punta 5 mm Lungh.150 mm
2	MCEN54	REP.1524300 CND Z12010904	Pinza bipolare Dessi Diam. 5 mm, Lungh. 120 mm
1	CP380-5	N/A	Pinza rongeur di Beyer a doppia azione curva, morso 4 mm Lungh. 180 mm
2	CP393-2	REP.1601352 CND Z12010980	Cavo bipolare attacco Valleylab

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 SIRIO MEDICAL **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: circa € 24.000 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): SCHEDA TECNICA

Firma del Direttore Dipartimento/Area/S.C./Servizio/U.O. (o suo Delegato)

ATSSardegna - ASSL Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
S.C. Chirurgia Vascolare
Dirigente Medico
Dott. Gian Franco Fadda

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 nota 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)

ATSSardegna - Area Socio Sanitaria Locale - Nuoro - P.O. S. FRANCESCO DIREZIONE SANITARIA

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

Firma del Direttore Area/S.C./Servizio/U.O.

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