

Dot. m. C. Chiodi
2009.2021

ATSSardegna
 Azienda Tutela Salute
 ASSL Nuoro

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
 NP.2021/34034 del 01/09/2021 ora 16,21
 Mitt. ASSL Nuoro Pediatria e terapia in.
 Ass. SC Servizio Giuridico Amministrat.
 Class. 1



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: U.O.C. PEDIATRIA
 2) DIRETTORE/RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Dot. Antonio Cuscia

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)
4000		W0501010205	CAPILLARI EPARINATI
20		W050101280	E PLASTINA SILENANTE
			per Bilirubino metro
			NEONATALE

Al fine dell'individuazione dell'esatta competenza dell'acquisto, la suddetta 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'invio 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 ☐
7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI:

PLASTILINA Silihane

8) COSTO PRESUNTO : € 7580

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): _____

ATSSardegna - ASSL Nuoro

Ospedale "San Francesco" - Nuoro

U.O. Pediatria - TIFirma del Direttore Dipartimento/P.O./Servizio/U.O. (o suo delegato)

Direttore

Dott. Antonio Cualbu

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 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)

CATTINA GRAZIA

Firmato digitalmente da CATTINA GRAZIA
Data: 2021.09.01 18:01:56 +02'00'

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).

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
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott. Gesuina Cherchi

PROGRAMMAZIONE RDO ASSL NUORO C

LOTTO	CND	DESCRIZIONE	UNIVERSITA'	PREZZO UNITARIO	PREZZO ANNUALE	ANALISI NUOVA	VALORE IN EURO di anni
1	W0593010203	CAPILLARI IN VETRO (75 mm) PER BILIRUBINOMETRO	75mm	195 (1000pz) E 40,00	E 780,00 E 800,00		4000 20
2	W0593010780	PLASTILINA SIGILLANTE PER BILIRUBINOMETRO					