

Nuoro, /07/2022 prot. n. _____

al Dir Generale ASL Nuoro
al Dir. Sanitario ASL Nuoro
al Dir Amministrativo ASL Nuoro

loro sedi

DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa Annamaria
Tomasella

DIRETTORE SANITARIO

Dott. Giuseppe Dessi

DIRETTORE

AMMINISTRATIVO

Dott. Attilio Murru

Dipartimento Del Farmaco

Direttore

Dott.ssa Ninfa Di Cara

Servizio di Farmacia

Ospedaliera ASL Nuoro

Direttore S.C.

Dott.ssa Paola Chessa

Farmacia Ospedaliera

P.O. "S. Francesco" Nuoro

Tel. 0784240361

Farmacia Ospedaliera

P.O.U. "S. Camillo" Sorgono

Tel. 0784623328

Oggetto: richiesta involucri antibatterici per ICD e PM

Considerata la vacanza contrattuale a livello Regionale e nelle more della istruenda gara centralizzata, visto l'andamento a livello Ospedaliero in ASL NU dei consumi di involucri antibatterici per pace maker e defibrillatori (da utilizzare su pazienti con condizioni di rischio specifico), si chiede l'acquisto dal fornitore unico Medtronic di tali dispositivi nelle tipologie e quantità di cui al modulo allegato.

Valore complessivo della fornitura annua: € 26.400,00 ca + IVA 22%

Distinti saluti

Il Direttore SC Farmacia Ospedaliera
Drsa Paola Chessa

SALUTE ARES-AZIENDA REGIONALE DELLA
PG/2022/E.0959 del 13/07/2022 ore 12,23
Mitt.: SC Servizio Farmaceutico Ospedali...

Dest.: DIRETTORE GENERALE ASL 3 NUORO; D...
DIRETTORE SANITARIO ASL 3 DI NUOR...
Class.: 1. Fasc. 08 del 2022





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 alle Deliberazioni D.G. ATS n° 690 del 18/06/2018)

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 nei estremi anagrafici di destinatari richiedente (solo nome e iniziali cognome)

1) SERVIZIO / STRUTTURA / U.O. RICHIEDENTE: Cardiologi e U.T.I.C.

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Resp./l. Dr Mauro R.S. Pisano

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 applicabili/contratti in atti AREA/ASL N. 3, che questo richiedo non è reperibile nei magazzini aziendali (economici, farmaceutici, protesici, ecc.) o/o non risulta disponibile presso il Servizio di Ingegneria Clinica:

4) Trattasi di richiesta di acquisto tipologia BENE / SERVIZIO EX D.P.C.M. 24/12/2018 sì no

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
18	1401708	cmrm6133 int	1856750	involucro antibatterico per icd/pm
6	1401707	cmrm6122int	1856800	involucro antibatterico per icd/pm

Al fine dell'individuazione dell'esatta competenza dell'acquisto, la quantità richiesta deve obbligatoriamente ricadere nelle fattispecie di seguito indicate:

a) In prima, il bene/servizio/apparecchiatura **NON** deve essere di rilevanza AREA (se di rilevanza AREA la richiesta deve essere preventivamente inoltrata alla Direzione ASL 3 Di Nuoro che disporrà per l'invio alle competenti strutture AREA, 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/strumentature elettromedicale/biomedicale), Dipartimento Farmaco AREA.

b) Qualora **NON** SIA RILEVANZA AREA, il bene/dispositivo/apparecchiatura, ecc. richiesto deve avere un costo presunto di **ACQUISTO ANNUO** inferiore a € 40.000 (IVA esclusa)

N.B.: Specificare, obbligatoriamente, quantità, codice AREAS, CND/RDM/REPERTORIO

6) Trattasi di bene **DEDICATO/UNICO/INFUNGIBILE**, ex Art. 69, c. 2, lett. b), del D. Lgs. n° 50/2016 sì no

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

6) Richiesta per lotto unico no ; più lotti sì no

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI: _____

8) COSTO PRESUNTO: **€ 1.100,00/cad + IVA**

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): _____



[Handwritten signature]

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 annessioni 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 o/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)

[Handwritten signature]

PARTE RISERVATA ALLA Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera ASL Nuoro (Evidenziare eventuali note o/o elementi mancanti nella richiesta ai fini della restituzione/integrazione/completamento alla richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole)

ASL Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)
Dirigente Farmacista
Dott.ssa Paola Chessa

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro
