



Nuoro, 18.10.22 prot. n. 69752

al Dir Generale ASL Nuoro  
al Dir. Sanitario ASL Nuoro  
al Dir Amministrativo ASL Nuoro  
e p.c. al Resp. f.f. Chirurgia Vascolare ASL Nuoro

loro sedi

**DIRETTORE GENERALE**

Dott.ssa Annamaria Tomasella

**DIRETTORE SANITARIO**

Dott. Giuseppe Dessì

**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. 0784240528

**Farmacia Ospedaliera**

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

Tel. 0784623328

**Oggetto:** richiesta endoprotesi periferiche espandibili

Facendo seguito all'allegato fabbisogno del Resp. f.f. SC Chirurgia Vascolare, si richiede acquisto di endoprotesi periferiche espandibili nelle more della definizione della gara centralizzata per la CND P07- protesi periferiche, attualmente in fase di raccolta fabbisogni.

Importo presunto della fornitura: € 39.000,00 + IVA 4%

Ultimo fornitore: Prodifarm s.r.l.

*DS ok*

*[Handwritten signature]*

Il Direttore S.C. Farmacia  
Dott.ssa Paola Chessa  
**ARES Sardegna - ASL Nuoro**  
Servizio di Farmacia Ospedaliera  
Il Direttore  
*Paola Chessa*

**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: BLOCCO OPERATORIO SALA CHIRURGIA VASCOLARE  
 2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DR. COSTANTINO LUCA DI ANGELO

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 (economici, 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	Codice AREAS	Referenza	RDM/CND	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
2	1397807 1379391 1397827	BXA051902E BXA061902E BXA071902E	CND 07040199 RDM 1644873 RDM1644879 RDM1644885	Endoprotesi periferica espandibile su pallone Lungh. 19mm Diam. da 5 a 7 mm
2	1397781 1379392 1397828 1397847 1397836 1397857 1397839	BXA052902E BXA062902E BXA072902E BXA082902E BXA092902E BXA102902E BXA112902E BXAL082902E	CND 07040199 RDM1644874 RDM1644880 RDM1644886 RDM1644890 RDM1644894 RDM1644898 RDM1644902 RDM1644906	Endoprotesi periferica espandibile su pallone Lungh. 29mm Diam. da 5 a 11 mm
2	1397810 1397825 1397824 1397848 1397853 1397838 1397865	BXA053902E BXA063902E BXA073902E BXA083902E BXA093902E BXA103902E BXA113902E BXAL083902E	CND 07040199 RDM1644875 RDM1644881 RDM1644887 RDM1644891 RDM1644895 RDM1644899 RDM1644903 RDM1644907	Endoprotesi periferica espandibile su pallone Lungh. 39mm Diam. da 5 a 11 mm

2	1397811 1397818 1397831 1375994 1361848 1397860 1397867	BXA055902E BXA065902E BXA075902E BXA085902E BXA095902E BXA105902E BXA115902E BXAL085902E	CND 07040199 RDM1644876 RDM1644882 RDM1644888 RDM1644892 RDM1644896 RDM1644900 RDM1644904 RDM1644908	Endoprotesi periferica espandibile su pallone Lungh. 59mm Diam. da 5 a 11 mm
1	1397783 1397819 1397845 1397835 1397837 1397862 1397868	BXA057902E BXA067902E BXA077902E BXA087902E BXA097902E BXA107902E BXA117902E BXAL087902E	CND 07040199 RDM1644877 RDM1644883 RDM1644889 RDM1644893 RDM1644897 RDM1644901 RDM1644905 RDM1644909	Endoprotesi periferica espandibile su pallone Lungh. 79mm Diam. da 5 a 11 mm

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 ARES (se di rilevanza ARES la richiesta deve essere preventivamente trasmessa alla Direzione ASL Nuoro che disporrà per l'inoltro alle competenti strutture ARES, 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 ARES.**

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  o lotti si

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI \_\_\_\_\_

8) COSTO PRESUNTO: \_\_\_\_\_ circa € 39.000

9) FABBISOGNO: MENSILE  SEMESTRALE  ANNUALE  LURIENNALE  CASIONALE  ATTESA DI

**ESPLETTAMENTO GARA REGIONALE**

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)

*Letizia B. Capri*

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)

*Giordano*

