

IZIO / APPARECCHIATURA
 fine d'anno, inferiore a € 40.000 (IVA esclusa)
 ITS n° 800 del 15/06/2018)

ASL3 NUORO
 NP 2022/3084 del 13/09/2022 ore 13,10
 Mitt.: Dipartimento Area Medica
 Ass.: Servizio Giuridico Amministrativo

 Alla Direzione P.O.U.O. "San Francesco" di Nuoro
 Alla Direzione Servizio Farmaceutico Ospedaliero

9 Settembre 2022

 Oggetto: **Richiesta d'acquisto - REAGENTI CITOGENETICA**

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: UOC EMATOLOGIA
- 2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Dottor ANGELO DOMENICO PALMAS
- 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 X sì no

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
				VEDI ELENCO IN ALLEGATO

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'invio 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. 83, c. 2, lett. b), del D. Lgs. n° 50/2016 sì **NO**

 In caso affermativo specificare **DITTA LIFE TECHNOLOGIES** e relativo COD. PRODOTTO: ELENCO sopra

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

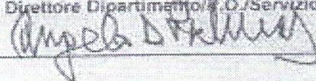
 8) COSTO PRESUNTO: ~~8000 (ottomila mila)~~ 13.000 (Tredicimila)

 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): _____

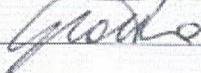
Firma del Direttore Dipartimento P.O./Servizio/U.O. (o suo Delegato)



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 autorizzazioni 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)



PARTE RISERVATA ALLA Direzione Servizio Farmacia ospedaliera ASL 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 ASL NUORO PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO:

Firma del Direttore ASL Nuoro

ELENCO CITOGENETICA + VARIE							
VOCE	CODICE AREAS	REFERENCE	REPE RTOR ID	DESCRIZIONE	COSTO UNITARI O	Quantità	Quantità
1	126558	10582-013		GLURR TABLETS	83	1	83
2	131202	N8080201		DHTPS	294	1	294
3	130311	25050-030 (250confx100ml)		Tripsin	392	2	784
4	126557	25290036		TRIPSYN/EDTA	32	2	64
5	1234250	21876042		RPMI MEDIUM 1640	30	9	270
6	126556	15140-122		Penicillin/streptomycin	40	2	80
7	nuovo	A3160402 (50mixx100conf)		FETAL BOVINE SERUM	726	2	1452
8	1161789	16500500		Agarose	744	1	744
9	126559	10575-090 (4conf x100ml)		XARYOMAX POTASSIUM	89	10	890
10	126551	15628-50		100bp DNA ladder	165	1	165
11	072161	15685011		Citrapure Ethylenum Bromide	134	1	134
12	133860	N8080130		Buffer BMGCC	136	2	272
13	134164	15212-012		Cocamid	46	10	460
14	120330	15596018		TRIZOL reagents	426	2	856
15	125561	10813012		doppo treated water	77	2	154
16	124714	37725000		Formamide, 99%, for molecular biology; DNase, RNAse and Proteinase free.	80	1	80
17	124716	367419.3n (500g/2)		Boric acid, Molecular Biology Grade, 99.9% min	64	2	128
18	124724	464395000		Ammonium chloride, for molecular biology	96	2	192
19	132157	329860010		Utric acid, for molecular biology, anhydrous, RNase and Proteinase free	58	1	58
20	120018	448150010		Sodium phosphate, dibasic dihydrate, 98%, extra pure	31	1	31
21	nuovo	264855000		Sodium phosphate, dibasic, 99.9%, for analysis, anhydrous	41	1	41
22	nuovo	45250.22.00		Sodium hydroxide, beads/pellets, 99.99% (metals basis)	116	1	116
23	nuovo	910159		pH Buffer Kit	103	1	103
24	nuovo	16520050		UltraPure™ Low Melting Point Agarose	764	1	764
25	1123958	427050010		Methanol, 99.84%, ACS Reagent (2.5L)	31	24	744
26	nuovo	4349180		7500 Real Time PCR Systems Spectral Calibration Kit I	1800	1	1800
27	nuovo	4351151		7500 Real Time PCR Systems Spectral Calibration Kit II	850	1	850
28	nuovo	4345833		DS-33 Matrix Standard Kit (Dye Set G5)	294	2	588
29	nuovo	4404313		Sequencing Standard, BigDye™ Terminator v3.1, for 3500/SeqStudio™ Flex	371	1	371
						Totale	12548

MODULO RICHIESTA ACQUISTOBENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA
NON DI RILEVANZA ATS e per importo, in ragione d'anno, inferiore a € 40.000
(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

8 Settembre 2022

Oggetto: **Richiesta d'acquisto -URGENTE**

N.B.: ai fini della privacy (dall sensibili) non indicare mai estremi anagrafici di assistiti/destinatari richiesta (solo nome e iniziale cognome).

1) SERVIZIO / STRUTTURA / U.O. RICHIEDENTE: LABORATORIO SPECIALISTICO EMATOLOGIA

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Dottor ANGELO DOMENICO PALMAS.

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 sì no

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
				VEDI ELENCO ALLEGATO

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'invio 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 sì no

In caso affermativo specificare **DITTA LIFE TECHNOLOGIES** Via Tiepolo, 18 - 20052 Monza (MI) ;
Telefono: 039.83891 ;Sito: <https://www.thermofisher.com>

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI **NON APPLICABILE**

8) COSTO PRESUNTO: **17800, 00 EURO**

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.U./Servizio U.O. (o suo Delegato)

Angelo D. Palmas

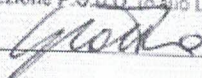
N.B.: Le Direzioni P.O.U.O. San Francesco di Nuoro e del Servizio Farmaceutico Ospedaliero per quanto di propria competenza qualora rilevino che la presente richiesta evidenzia la necessità di annotazioni e/o di elementi mancanti (da integrare/completare), provvederanno alla sua restituzione/integrazione/completamento 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).

N.B.: Le Direzioni P.O.U.O. San Francesco di Nuoro e del Servizio Farmaceutico Ospedaliero per quanto di propria competenza qualora ritengono che la presente richiesta evidenzia necessita 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)



PARTE RISERVATA ALLA Direzione Servizio Farmacia ospedaliera ASSSL 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 ASSSL NUORO PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO:

Firma del Direttore ASSSL Nuoro

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	W/CND/REPERTO	Caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifica)
300	125302	Cat # 10629012		SINTESI DI OLIGO NUCLEOTIDI scala 50mM
2	1517866	Cat # 450006		Marcatore Oligonucleotidi con Fluorescent dye modificato scala 80K
2	23221	Cat # 4316034		Sintesi TaqMan MGB probe cod 4316034
2 non presente		Cat # 448277		sintesi TaqMan QSY probe cod 4482777
5 non presente		Cat # A52490		Absolute Q DNA Digital Master Mix cod A52490
10 non presente		cat # A52865		QuantStudio™ Absolute Q™ MAP16 Plate Kit cat # A52865
3 non presente		cat # A55146		Absolute Q™ 1-step RT-dPCR Master Mix (4X) cat # A55146
1	1181741	Cat # N8080245		12 PAQ TAO GOLD (12X250UNITA') BUFF. II
10	131201	Cat # N8080127		RANDOM EXAMERS