

Nuoro 18/10/2022 prot. n. 77902

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 - 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

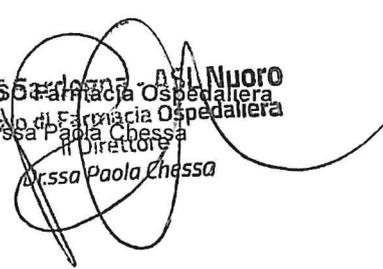
Oggetto: richiesta sensori monouso per ossimetria

Con la presente si chiede negoziazione per la fornitura trimestrale di sensori monouso per ossimetria come da allegato modulo di fabbisogno Tali dispositivi sono compresi nell'istruttoria gara centralizzata della CND C attualmente all'attenzione della Sc acquisizione Beni Sanitari di ARES. Il materiale è indispensabile al monitoraggio dei pazienti sia in area critica che nelle UUOO di degenza.

Ultimo fornitore ditta Medtronic.

In attesa di riscontro,

Distinti saluti


Il Direttore S.C. Farmacia Ospedaliera
Servizio di Farmacia Ospedaliera
Dott.ssa Paola Chessa
il Direttore
Dr.ssa Paola Chessa

ARES - Azienda regionale della salute
Data: 18/10/2022 09:47:46 P.G./2022/0077902

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: FARMACIA P.O. SAN FRANCESCO;

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DOTT.SSA PAOLA CHESSA;

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

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
240	121348	MAX-N-I	C900301	SENSORE PER OSSIMETRIA NEONATALE PER PAZIENTI DI PESO INFERIORE AI 3 Kg, CAVO DA 90 CM, TECNOLOGIA NELLCOR OXIMAX, PRIVO DI LATTICE, MONOPAZIENTE, STERILE.
240	127131	MAX-I-I	C900301	SENSORE PER OSSIMETRIA PEDIATRICO PER PAZIENTI DI PESO >10 Kg E < 50 Kg, CAVO DA 90 CM ca. TECNOLOGIA NELLCOR OXIMAX, PRIVO DI LATTICE, MONOPAZIENTE, STERILE.
4512	121346	MAX-AL-I	C900301	SENSORE PER OSSIMETRIA ADULTI, PER PAZIENTI DI PESO >3 Kg E < 20 Kg, TECNOLOGIA NELLCOR OXIMAX PRIVODI LATTICE, MONOPAZIENTE, STERILE.

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 ASST 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 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 _____

8) COSTO PRESUNTO: €7,90 – COSTO COMPLESSIVO € .39.437,00

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE PLURIENNALE OCCASIONALE ***TRIMESTRALE**

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 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 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)

ASL Nuoro - ASL Nuoro
Servizio di Farmacia Ospedaliera

Dr.ssa Paola Chessa
#Direttore

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

Firma del Direttore ASL Nuoro