

**MODULO RICHIESTA ACQUISTO
BENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA**

**NON DI RILEVANZA ATS e per importo, in ragione d'anno, inferiore a € 40.000 (IVA esclusa)
G. ATS n° 800 del 15/06/2018)**

ASL3 NUORO
NP 2023/446 del 07/02/2023 ore 13.17
Mill Dipartimento Area Chirurgica
Ass Servizio Giuridico Amministrativo

Alla Direzione P.O.U.O. "San Francesco" di Nuoro
All'Ufficio Giuridico Amministrativo



Oggetto: Richiesta d'acquisto

N.B. a fini della privacy (dati sensibili) non indicare mai esplicitamente anagrafici di assistiti/destinatari richiesta (solo nome e iniziale cognome)

1) SERVIZIO / STRUTTURA / U.O. RICHIEDENTE: SALA OPERATORIA OTORINOLARINGOIATRIA

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DR. CORRADO BOZZO

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 ARES/ASL N. 3, che quanto richiesto non è reperibile nei magazzini aziendali (economi/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

QUANT	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
2	1549183	WA2T400A	CND Z12020701 RDM1247908	Ottica "OES ELITE" HD rigida 4mm 0° autoclavabile
1		WA2T430A	CND Z12020701 RDM1247911	Ottica "OES ELITE" HD rigida 4mm 30° autoclavabile
1		WA2T470A	CND Z12020701 RDM1247920	Ottica "OES ELITE" HD rigida 4mm 70° autoclavabile
2		WA05990A	CND S9080 RDM116238	Contenitore per Ottiche autoclavabile
8		WA03300A	CND Z12020485 RDM2277994	Cavo porta luce a fibre ottiche, lunghezza 3 metri

Ai fini 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 ARES (se di rilevanza ARES la richiesta deve essere preventivamente trasmessa alla Direzione ASL 3 DI NUORO che disporrà per l'invio 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 ARES, il bene/servizio/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 OLYMPUS e relativo COD. PRODOTTO _____

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

**BLOCCO OPERATORIO
SALA OTORINOLARINGOIATRIA**

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI Per fonte luminosa Olympus VISERA ELITE II OTV-S200 di nostra proprietà inventario ATS 12603 ingegneria clinica N°14251

8) COSTO PRESUNTO: € 16.500

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE PLURIENNALE OCCASIONALE

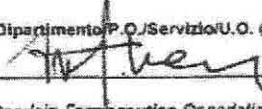
10) CODICE/PROGETTO/FINANZIAMENTO: fondi di bilancio o altro strumento (specificare) _____

11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy): _____ SCHEDA TECNICA - -

ATS Sardegna - ASL Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
C.O. Otorinolaringoiatria
Direttore

Dott. Corrado Pasquale Bozzo

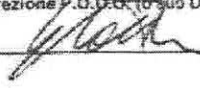
Firma del Direttore Dipartimento P.O./Servizio/U.O. (o suo Delegato)



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 a fini della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole)

Firma Direzione P.O./U.O. (o suo Delegato)



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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro

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)

ASL3 NUORO
NP.2022/2114 del 16/06/2022 ore 11,21
Mitt.: Dipartimento Area Chirurgica
Ass.: Servizio Giuridico Amministrativo

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



Oggetto: **Richiesta d'acquisto materiale Olympus**

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: GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA

2)DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DAVIDE DEIANA

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 ARES/ASL N. 3, 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 specifica tecniche)
30 pz	1361885	027798		Valvola di aspirazione MH-443
20 pz	1373271	027797		Valvola aria/acqua MH-438
50 pz	1223379	028794		Valvola bioptica MB-358
200 pz	1521970	N3641120		Spazzolini pulizia apertura canale MAJ-1339
50 pz	1188239	028723		Olio di silicone MB-146

Al 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 3 Di Nuoro che disporrà per l'invio alla competente struttura 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 ARES, 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 Olympus 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: _____

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 Dipartimentale (o Servizio U.O. (o suo Delegato))
Davidt Galand
Dott. Davidt Galand
U.O. Endocrinologia - Azienda Ospedaliera
San Francesco di Nuoro - Ospedale S. L.

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 evidenzi 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)

TATTI ANTONELLA

Firmato digitalmente da TATTI ANTONELLA
Data: 2022.06.16 08:25:11 +02'00'

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

Firma del Direttore ASL3 Nuoro
