

ASL3 NUORO
NP. 2023/862 del 08/03/2023 ore 09,38
Mitt.: SC Servizio Farmaceutico Ospedali...
Ass.: Direzione Generale - Segreteria

Nuoro, _____ prot. n. _____



al Dir. Generale ASL Nuoro
al Dir. Sanitario ASL Nuoro
al Dir Amministrativo ASL Nuoro
e p.c. al Dir. SC Anestesia e Rianimazione ASL Nuoro

loro sedi

DIRETTORE GENERALE

Dott. Paolo Cannas

DIRETTORE SANITARIO

Dott. Serafinangelo ponti

DIRETTORE

AMMINISTRATIVO

Dott. Francesco Pittalis

Servizio di Farmacia

Ospedaliera - 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 acquisto cateteri per accesso vascolare midline

Vista la richiesta del Direttore della SC di Anestesia e Rianimazione, allegata alla presente, si richiede una procedura d'acquisto per *cateteri venosi periferici a permanenza* tipo midline, descritti nel dettaglio allegato. Il materiale è parzialmente ricompreso nel progetto di gara di cui alla CND C per la quale di attendono determinazioni in merito dalla SC Acquisizione Beni ARES.

Potenziali fornitori noti:

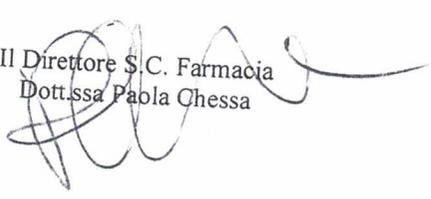
Becton Dickinson, Dialmedica, Medical sp.a., Vygon,

Importo annuo presunto: € 29.600,00 + IVA 22%

In attesa di riscontro si porgono

distinti saluti

Il Direttore S.C. Farmacia
Dott.ssa 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)**

ASL3 NUORO
NP. 2023/862 del 08/03/2023 ore 09,38
Mitt.: SC Servizio Farmaceutico Ospedali...
Ass.: Direzione Generale - Segreteria

**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: SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE;
- 2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DR. P. PAFFI;
- 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)
30			C010102	Catetere venoso periferico indicato per impianto periferico tipo Midline, ad uso a medio o breve termine, in poliuretano alifatico, 3 fr, mono e bilume, lungh. 20 cm, resistente alle infusioni ad alta pressione con kit di microintroduzione.
300			C010102	Catetere venoso periferico indicato per impianto periferico tipo Midline, ad uso a medio o breve termine, in poliuretano alifatico, 4 fr, mono e bilume, lungh. 20 cm, resistente alle infusioni ad alta pressione con kit di microintroduzione.
40			C010102	Catetere venoso periferico indicato per impianto periferico tipo Midline, ad uso a medio o breve termine, in poliuretano alifatico, 5 fr, mono e bilume, lungh. 20 cm, resistente alle infusioni ad alta pressione con kit di microintroduzione.

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'inoltro 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: € 80,00- COSTO COMPLESSIVO € 29.600,00

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE X 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 evidenzi la necessità di ammissioni 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)

ARES Sardegna - ASL Nuoro

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)
Il Direttore

Dr.ssa Paola Chessa

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

Firma del Direttore ASSSL Nuoro

