



**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: UOC PEDIATRIA - TIN

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Dot. Antonio CUALBU

3) per esigenze del suddetto Servizio/U.O., si chiede la fornitura dei seguenti beni/servizi (barare 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 specifiche tecniche)
U.A			U.A	MATERIALE DI (VEDI CONS. M. ALLEGATO)
				SENTRC (APPARECCHIO h° INGELIN)

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 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/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

X 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 Tesmeo e relativo COD. PRODOTTO \_\_\_\_\_

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI VEDI ALLEGATO

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 Dipartimento/P.O./Servizio/U.O. (o suo Delegato)  
An. Fois

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 al 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).

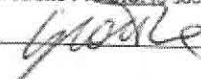
---

---

---

---

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 3 Nuoro

\_\_\_\_\_

SEMMC-R3	SET SOSTITUZIONE MEMBRANA PER SENTEC	CF. DA 3 PZ.	Z1203020485	2210833	530,00 €	36 pz	6360 e
SEMMARe-SF	ANELLO ADESIVO PER SENSORE PER PELLE FRAGILE E DELICATA	CF. DA 24 PZ.	Z1203020485	2210901	850,00 €	48 pz	1700 e
SENGAS-0812	BOMBOLA GAS PER SENTEC	CF. DA 6 PZ.	Z1203020485	2210864	820,00 €	36 pz	4920 e
SENGEL-04	GEL DI CONTATTO DA 5 ML.	CF. DA 1 PZ	Z1203020485	2210890	100,00 €	10 pz	1000 e
SENE100338	GUARNIZIONE STAZIONE DI CALIBRAZIONE	CF. DA 5 PZ.	N.A.	N.A.	50,00 €	10 pz	100 e
Materiali fornito in esclusiva per la regione Sardegna dalla T.E.S. MED. Snc - Via Nazionale 59B - 09033 Decimomannu - Ref. Sig. Marco Meloni cell. 329/2167244							