



Nuoro, 18-11-2021 prot. n. 77892

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 ASL 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 set per cateterismo arterioso

Con la presente si richiede fornitura annua di set per cateterismo arterioso come da allegata modulistica e descrittiva Il materiale non è ricompreso in contratti derivanti da gara centralizzata ma è stato incluso in istruenda procedura centralizzata ARES per la CND C.

Ultimo fornitore ditta Teleflex Medical

possibili ditte da interpellare

- Becton Dickinson
- Bbraun

Importo presunto della fornitura: € 11.850,00 + IVA 22%

Il Direttore S.C. Farmacia  
**ARES Sardegna P.O. ASL Nuoro**  
Servizio di Farmacia Ospedaliera  
Il Direttore  
Dr.ssa Paola Chessa

ARES - Azienda regionale della salute  
Data: 18/11/2022-09:16:30 P.G./2022/0077892

**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**  
**All'Ufficio Giuridico Amministrativo**

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 Ospedaliera;
- 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    x    no

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
1500	1320598	SAC-00820	C010301	Set caterismo arterioso per accesso alla circolazione arteriosa periferica o ad altri piccoli vasi. Misura 20x8 cm.

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 x

In caso affermativo specificare DITTA \_\_\_\_\_ e relativo COD. PRODOTTO \_\_\_\_\_

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI \_\_\_\_\_

8) COSTO PRESUNTO: € 7,90- COSTO TOTALE € 11.850,00;

9) FABBISOGNO: MENSILE    SEMESTRALE    ANNUALE x    PLURIENNALE    OCCASIONALE

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

11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy): \_\_\_\_\_

**ARES Sardegna - ASL Nuoro**  
Firma del Direttore Dipartimento Ospedaliero (o suo Delegato)  
Servizio di Farmacia Ospedaliera  
Il Direttore  
\_\_\_\_\_ *Dr.ssa Paola Chessa* \_\_\_\_\_

N.B.: Le Direzioni P.O.U.O. San Francesco di Nuoro e del Servizio Farmaceutico Ospedaliero per quanto di propria competenza qualora rilevano 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)

\_\_\_\_\_ *[Signature]* \_\_\_\_\_

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)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ARES Sardegna - ASL Nuoro**  
Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)  
Servizio di Farmacia Ospedaliera  
\_\_\_\_\_ *Dr.ssa Paola Chessa* \_\_\_\_\_

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

Firma del Direttore ASL Nuoro

\_\_\_\_\_