



Nuoro, \_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_

al Dir Generale ASL Nuoro  
al Dir. Sanitario ASL Nuoro  
al Dir Amministrativo ASL Nuoro  
e p.c. al Resp. SC Chirurgia Generale 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. 0784240528

**Farmacia Ospedaliera  
P.O.U. "S. Camillo" Sorgono**  
Tel. 0784623328


**Oggetto:** richiesta vari dispositivi per elettrobisturi

Facendo seguito all'allegato fabbisogno della SC di Chirurgia Generale, si richiede acquisto di materiale dedicato all'apparecchiatura VC220 di proprietà in dotazione e di proprietà. Il materiale non è compreso in gare a valenza regionale né in nuove programmazioni ma verrà eventualmente incluso in prossima gara per CND K.

Base d'asta € 39.000,00 + IVA cad fabbisogno biennale

Possibili fornitori:

Prodifarm

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

ASL 3 - Nuoro  
Data: 2023-04-13 15:26:31.0, NP/2023/1219

Servizio di Farmacia Ospedaliera  
Via Mannironi 08100 Nuoro  
Tel. 0784 240215  
farmacia.hsfnuoro@aressardegna.it

Azienda Regionale della Salute (ARES)  
Via Piero della Francesca 1 - 09047 Selargius (CA)  
Tel. 070/6093804 - 079/2084420 - 079/2084422  
[direzione.generale@aressardegna.it](mailto:direzione.generale@aressardegna.it)  
[www.aressardegna.it](http://www.aressardegna.it)

**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: BLOCCO OPERATORIO SALA CHIRURGIA

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DR. CARLO DE NISCO

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	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
6	1449075	EZLINK01	RDM 1980678 CND Z12019004	DISPOSITIVO DI ATTIVAZIONE AUTOMATICA
300	1442656	PP012SEO	RDM 1980264 CND V0880	TUBO PER ASPIRAZIONE IN LAPAROSCOPIA
400	1446298	PLPPRO 4020	RDM 1980625 CND K020199	MANIPOLO PLUMEPEN PRO
400	1442616	PLP 2020	RDM 1979916 CND K020199	MANIPOLO PLUMEPEN ELITE
300	1446935	VSFT10	RDM 1982509 CND V0880	TRAPPOLA PER LIQUIDI
12	1442658	VS 1352	RDM 1979921 CND K02010107	FILTRO PER ASPIRAZIONE FUMI
1	1441659	VC220	RDM 1979919 CND Z12019004	VisiClear sistema di evacuazione fumi Buffalo Filter IN COMODATO D'USO GRATUITO

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'inoltro 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

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 PRODIFARM e relativo COD. PRODOTTO N° 3 PEZZI DEL CODICE VC220 DI NOSTRA PROPRIETA'

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

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

8) COSTO PRESUNTO: \_\_\_\_\_ € 39.000 circa \_\_\_\_\_

9) FABBISOGNO: MENSILE  SEMESTRALE  ANNUALE  QUINQUENNALE  OCCASIONALE

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

11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy): Schede tecniche Dichiarazione di unicità Dichiarazione di distribuzione esclusiva

Firma del Direttore Dipartimento F.O. Servizio U.O. (o suo Delegato) [Firma]  
ATS Sardegna - ASL Nuoro  
Ospedale "San Francesco" - Nuoro  
U.O. CHIRURGIA  
Direttore  
Dipartimento

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)

[Firma]

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)

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

ARS San Francesco di Nuoro  
Servizio di Farmacia Ospedaliera  
Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)  
[Firma]  
Drs.ssa Paola Lissa

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro

\_\_\_\_\_