

Servizio di Farmacia Ospedaliera

Nuoro, _____ prot. n. _____

Direttore ASSSL Nuoro
Dott. ssa Gesuina Cherchi

Al Direttore Area S. S Locale di Nuoro

Dr. ssa Gesuina Cherchi

S E D E

Servizio Farmacia
Ospedaliera

Il Direttore
Dr. Giuseppe B. Pintore

Oggetto: Richiesta acquisto tramite Servizio Giuridico Amministrativo.

Con la presente si chiede autorizzazione all'acquisto degli integratori di cui all'allegato.

Si tratta di materiale per l'u. o. di Dietologia del p. o. "S. Francesco".

Distinti saluti.

UU. OO.
Farmaceutiche
Ospedaliere

- u. o. di Farmacia
p. o. "S. Francesco"
Nuoro
Tel. 0784240528
- u. o. p. o. "S. Camillo"
Sorgono
Tel. 0784623328

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP.2021/28044 del 09/07/2021 ore 10.13
Mitt.: SC Servizio Farmaceutico Ospedaliere
Ass.: ASSSL Nuoro DIREZIONE ASSSL
Class.: 1. Fasc.: 157 del 2021



Il Direttore f. f. del Servizio di Farmacia Ospedaliera
(Dr. Giuseppe Basilio Pintore)



Il Responsabile dell'Ufficio

Il Responsabile del procedimento

MODULO RICHIESTA ACQUISTO
BENE/SERVIZIO/APPARECCHIATURA
NON DI RILEVANZA ATS e per importo. In ragione d'anno, inferiore a € 40.000,00 (Iva esclusa)
(Rif. Tabella 3 allegata alla Deliberazione D.G. ATS n° 800 del 15/06/2018)

LI _____ prot. n°NP/_____ del _____

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 ed iniziale cognome).

1) SERVIZIO/STRUTTURA/U.O. RICHIEDENTE: NEFROLOGIA E NUTRIZIONE CLINICA

2) DIRETTORE/RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: NOBESSA SALVATORANGELA CAU

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 d'acquisto tipologia BENE/SERVIZIO EX D.P.C.M. 24/12/2015: si no

Q.tà	Codice AREAS	RDM/CND/Reper torio	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
400			AMINOCACI ESSENZIALI + Fp GLUTAMINA
			AMINOGLUTAM - AMINOGLUTAM GEL

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 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 i 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 DI RILEVANZA ATS** il bene/dispositivo/apparecchiatura, etc. richiesto deve avere un costo presunto di **IMPORTO ANNUO inferiore a € 40.000,00 (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 ERRE/KAPPA e relativo COD. PRODOTTO 6830
EUROTEC 8469

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI:

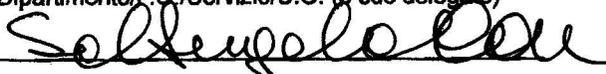
8) COSTO PRESUNTO : 15.000 €

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE PLURIENNALE OCCASIONALE

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

16) 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 ritengono 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.

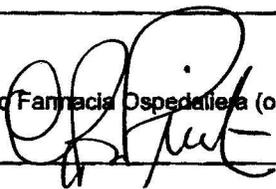
PARTE RISERVATA ALLA Direzione P.O.U.O. San Francesco di Nuoro (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta ai fini della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole).

ATS Sardegna - ASL Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
Direzione Sanitaria
Dirigente Medico
Dott.ssa Antonella Tatti

✓
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 NUORO
