



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: NEUROPSICHIATRIA INFANTILE P.O. SAN FRANCESCO
 2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Dot. Ssa ANNA ZENE
 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/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
5			R9607094915	COFFIA GIALLA X EEG
5			R9607094916	COFFIA ROSSA
2			R9607094914	COFFIA NARROW PEDIATRICA
2			R9607094912	COFFIA ROSA PEDIATRICA
2			R96072194934	COFFIA VERDE PEDIATRICA

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 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 **si** **no**

In caso affermativo specificare DITTA EGNEURO FIRENZE e relativo COD. PRODOTTO _____

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI PER ESERCUZIONE ESAMI ELETTROENCEFALOLOGRAFICI

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): _____

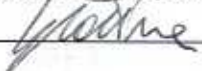
Firma del Direttore Dipartimento/P.O./Servizio/U.O. (o suo Delegato)

ATS Sardegna - ASL Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
U.O. Neuropsichiatria infantile
Dirigente Medico
[Signature]

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)



PARTE RISERVATA ALLA Direzione Servizio Farmacia ospedaliera ASSL 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 ASSL NUORO PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO:

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro

Data: 29 novembre 2022 **Offerta Numero:** 714ND/22.IT_REV

CLIENTE

Rag. sociale ASL NUORO
Dipartimento
Riferimento ROSANNA CARBONI
Indirizzo
Telefono
E-mail rosanna.carboni@ _____ **CAP** _____ **Città** NUORO

OFFERTA

OGGETTO: OFFERTA CUFFIE UNIVERSALI
Scadenza: 30/06/2023
Pagamento: R.D. 60 gg. data ricevimento fattura, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 192/2012 **I.V.A. 22% a Vs. carico**
Garanzia: 15 GG per accertati difetti di costruzione
Note:
Resa: Franco Destino
Spedizione: entro 30 gg. dalla data di ricezione dell'ordine (non inferiore a 5 gg. lavorativi). Non garantita nei mesi di Agosto e Dicembre.
Minimo Fatturabile: IMPORTO MINIMO FATTURABILE: € 160,00 + IVA. Qualora l'eventuale Vs. gradito l'ordine fosse inferiore al minimo fatturabile, dovrà essere applicato l'importo aggiuntivo di € 25,00 + IVA, relativo alle spese di gestione pratica e spedizione

CODICE	DESCRIZIONE	QT	PREZZO A VOI RISERVATO (IVA esclusa)	NOTE
B9602094915	CUFFIA EEG UNIVERSALE - 21 Elettrodi Cilindrici in Ag/AgCl (Mis. 5, 50-54 cm, Gialla, Adulto media)	1	433,00 €	
B9602094916	CUFFIA EEG UNIVERSALE - 21 Elettrodi Cilindrici in Ag/AgCl (Mis. 6, 54-58 cm, Rossa, Adulto grande)	1	433,00 €	
B9602094911	CUFFIA EEG UNIVERSALE - 10 Elettrodi Cilindrici in Ag/AgCl (Mis. 1, 34-38 cm, Marrone, Neonatale)	1	303,00 €	
B9602094912	CUFFIA EEG UNIVERSALE - 10 Elettrodi Cilindrici in Ag/AgCl (Mis. 2, 38-42 cm, Rosa, Pediatrica piccola)	1	303,00 €	
B9602094935	CUFFIA EEG UNIVERSALE - 21 Elettrodi in Ag/AgCl (Mis. 5, 50-54 cm, Gialla, Adulto media)	1	379,00 €	
B9602094936	CUFFIA EEG UNIVERSALE - 21 Elettrodi in Ag/AgCl (Mis. 6, 54-58 cm, Rossa, Adulto grande)	1	379,00 €	
B9602094931	CUFFIA EEG UNIVERSALE - 10 Elettrodi in Ag/AgCl (Mis. 1, 34-38 cm, Marrone, Neonatale)	1	272,00 €	
B9602094932	CUFFIA EEG UNIVERSALE - 10 Elettrodi in Ag/AgCl (Mis. 2, 38-42 cm, Rosa, Pediatrica piccola)	1	272,00 €	
TOTALE A VOI RISERVATO			2.774,00 €	

CODICE	DESCRIZIONE	QTA'	LISTINO	SCONTO	PREZZO FINALE

EB NEURO S.p.A.
 Responsabile Vendite Italia
 (Ing. Matteo Giovannini)

SCHEDA INFORMATIVA DI PRODOTTO

CUFFIE PREMONTATE UNIVERSALI Elettrodi cilindrici in Ag/AgCl

PAG 1/2

Immagine del prodotto



Codice Identificativo EB Neuro

Codice	Dimensione	Connettore	Materiale elettrodo
B9602094911	10 Elettrodi - Mis. 1 Marrone, 34-38cm	Universale	Ag/AgCl
B9602094912	10 Elettrodi - Mis. 2 Rosa, 38-42cm	Universale	Ag/AgCl
B9602094913	10 Elettrodi - Mis. 3 Azzurro, 42-46cm	Universale	Ag/AgCl
B9606094913	21 Elettrodi - Mis. 3 Azzurro, 42-46cm	Universale	Ag/AgCl
B9602094914	21 Elettrodi - Mis. 4 Verde, 46-50cm	Universale	Ag/AgCl
B9602094915	21 Elettrodi - Mis. 5 Giallo, 50-54cm	Universale	Ag/AgCl
B9602094916	21 Elettrodi - Mis. 6 Rosso, 54-58cm	Universale	Ag/AgCl
B9602094917	21 Elettrodi - Mis. 7 Blu, 58-62cm	Universale	Ag/AgCl

Codice CND		RDM	
B9602094911	N010102	B9602094911	1258301
B9602094912	N010102	B9602094912	1258329
B9602094913	N010102	B9602094913	1258330
B9606094913	N010102	B9606094913	1258332
B9602094914	N010102	B9602094914	1258334
B9602094915	N010102	B9602094915	1258337
B9602094916	N010102	B9602094916	1258340
B9602094917	N010102	B9602094917	1258342

Descrizione materiali costituenti il dispositivo

Elettrodo Ag 925 clorurato, PVC, tessuto cuffia in Poliammide ed Elastam, Poliuretano, Tinsel, Policarbonato. Latex free.

Destinazione d'uso

Le cuffie EEG sono accessori riutilizzabili per dispositivi medici, destinati alla rilevazione dell'attività neurologica, durante le registrazioni EEG/EP/PSG.

SCHEDA INFORMATIVA DI PRODOTTO**PAG 2/2**

Modalità d'uso	Calzare la cuffia verificando la posizione di 3 o 4 elettrodi, gli altri andranno a collocarsi automaticamente. Allacciare la mentoniera con il velcro. Con l'apposita siringa, iniettare negli elettrodi la crema conduttrice muovendo l'ago in modo perpendicolare e laterale sulla cute, in modo da riempire interamente il pozzetto e lo spazio tra la cute e l'elettrodo. Per migliorare la qualità del tracciato prima di calzare la cuffia è utile sgrassare la cute con etere in corrispondenza dei punti identificabili col sistema internazionale 10-20. In presenza di attività artefattate si suggerisce di ripetere l'applicazione di crema all'elettrodo interessato, in modo da eliminare eventuali difetti di contatto.
Confezionamento	Singolo.
Modalità di pulizia/disinfezione	Lavare in acqua fredda con detersivo per indumenti delicati. Lasciare asciugare all'aria.
Modalità di sterilizzazione	Sterilizzare con processi validati ad ossido di etilene o Raggi Gamma
Durata sterilizzazione	N.A.
Conservazione e manipolazione	La confezione deve essere immagazzinata ad una temperatura compresa tra -10° C e +40°C.
Eventuali rischi ed interazioni correlate all'uso (ove previsti)	Utilizzare solo per la destinazione d'uso prevista.
Smaltimento	Trattare come rifiuto sanitario secondo le normative vigenti.
Conformità	Prodotto conforme al Regolamento (UE) 2017/745 relativo ai dispositivi medici (MDR) – dispositivo di classe I.
Certificazioni	Dichiarazione di conformità UE ai sensi del Regolamento (UE) 2017/745 relativo ai dispositivi medici (MDR).
Produttore	EB NEURO S.p.A. Via P. Fanfani n. 97/A 50127 Firenze Tel. 055/4565111 – Fax 055/4565123, e-mail: info@ebneuro.com
Distributore	EB NEURO S.p.A. Via P. Fanfani n. 97/A 50127 Firenze Tel. 055/4565111 – Fax 055/4565123, e-mail: info@ebneuro.com