

Nuoro, _____ prot. n. _____

al Dir Generale ASL Nuoro
al Dir. Sanitario ASL Nuoro
al Dir Amministrativo ASL Nuoro

loro sedi

DIRETTORE GENERALE

Dott. Paolo Cannas

DIRETTORE SANITARIO

Dott. Serafinangelo ponti

**DIRETTORE
AMMINISTRATIVO**

Dott. Francesco Pittalis

**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 acquisto reagenti per estrazione automatica di acidi nucleici

Al fine di poter utilizzare lo strumento Maxweell CSC 16 Instrument CE-IVD, di proprietà dell'Azienda e in uso presso il laboratorio specialistico di ematologia, vista la richiesta del Direttore della U.O. di Ematologia e CTMO del P.O. San Francesco di Nuoro, allegata alla presente, si richiede una procedura d'acquisto per i reagenti complementari allo strumento in oggetto, utile alla estrazione automatica degli acidi nucleici (DNA-RNA).

Si allega la richiesta del Laboratorio specialistico con dettagliato elenco quali quantitativo dei reagenti programmati.

In attesa di riscontro si porgono

distinti saluti

Il Direttore S.C. Farmacia
Dott.ssa Paola Chessa
ARES Sardegna - ASL Nuoro
Servizio di Farmacia Ospedaliera
Il Direttore
(Dott.ssa Paola Chessa)

NOV ESLSZ POV

ed



Alla Direzione P.O.U.O. "San Francesco" di Nuoro
 Alla Direzione Servizio Farmaceutico Ospedaliero

Oggetto: **Richiesta d'acquisto_ ESTRAZIONE ACIDI NUCLEICI**

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 EMATOLOGIA
- 2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Dottor ANGELO DOMENICO PALMAS
- 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 X si no

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
24	Nuova Introduzione	AS1820		WHOLE BLOOD DNA KIT IVD
12	Nuova Introduzione	AS1410		RNA BLOOD KIT IVD
1	Nuova Introduzione	AS1780		VIRAL TOTAL NUCLEIC ACID KIT
1	Nuova Introduzione	AS1350		DNA FFPE kit IVD
1	Nuova Introduzione	AS1480		ccfDNA Plasma kit
1	Nuova Introduzione	AS1840		ccfDNA LEV Plasma kit

Da utilizzare su Maxweel CSC 16 Instrument CE-IVD – Estrattore Automatico di acidi nucleici.

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'invio 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

In caso affermativo specificare **DITTA PROMEGA ITALIA** e relativo COD. PRODOTTO: ELENCO sopra

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

8) COSTO PRESUNTO: (38000,00)

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE X 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)

Firmato digitalmente da: ANGELO DOMENICO PALMAS
 Data: 07/04/2023 23:51:12

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)

_____ CATTINA GRAZIA

Firmato digitalmente da
CATTINA GRAZIA
Data: 2023.04.12 09:41:01 +02'00'

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)
Servizio di Farmacia Ospedaliera
Il Direttore

_____ *Dorotea Paola Chessa*

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

Firma del Direttore ASL Nuoro
