



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 PO. SAN FRANCESCO
2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DOTT.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)
6			EM EC ELETR GEL 12802	PASTA ELETTROCONDUUTACE

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 EMS SRL BOLOGNA e relativo COD. PRODOTTO EM C ELETR GEL
VIA P. FABBRICAZZ - BOLOGNA 40138 TEL 051 79 8925 FAX 051 342953

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

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): _____

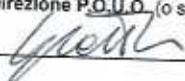
Firma del Direttore Dipartimento/P.O./Servizio/U.O. (o suo Delegato)

ATS Sardegna - ASSL Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
U.O. Neuropsichiatria Infantile
Dott.ssa Anna Zene

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 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)



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 3 Nuoro

Revisione n° 1 del 20/01/2023



Spett.le
 Azienda USL N°3 Nuoro
 Via Demurtas, 1
 08100 Nuoro Nuoro NU
 Italia

Bologna, il 20/01/2023

Oggetto: Offerta n. 66-23

Codice	Descrizione	Prezzo Un. €	UM	Q.ta	Importo Iva Esclusa €
ELC-E11	Pasta conduttrice Electro-Gel (3600 g)	110,00	PZ	1	110,00
EMS-SPEDI	Contributo oneri per spese di spedizione (previsto per importo inferiori a € 1000,00).	20,00	SER	1	20,00

Condizioni della Fornitura

IVA	Aliquota IVA 22% Iva Split Payment	
Consegna	Entro 30/60 gg data ricevimento ordine	
Resa	Porto Franco	
Pagamento	B.B. 60 gg. FM	
Validità	30 gg	
Garanzia	Non prevista per il materiale di consumo	
Banca	IBAN: IT 47 R 05387 02598 000001433539	BIC: BPMOIT22XXX
	BPER Banca	
Altre	NOTE ALLA CONSEGNA: per ordini inferiori a € 1.000,00 saranno addebitati € 20,00 + IVA 22% per oneri di spese di spedizione	

Gli ordini sono subordinati alla clausola di "riservato dominio" con la quale la E.m.s. Srl rimane proprietaria del bene fino al completamento del pagamento da parte del cliente. Il mancato pagamento di una sola fornitura o frazione di essa entro i termini stabiliti, autorizza la E.m.s. Srl a rientrare in possesso del bene, come stabilito dall'art. 1523 c.c.

E.M.S. S.r.l.



SCHEDA INFORMATIVA DI PRODOTTO

ADATTATORE UNIVERSALE con connettori FMM D=1,5mm TOUCH-PROOF

Immagine del prodotto



Codice Identificativo EB Neuro	Codice	Dimensione	Dimensione cavo	Connettore	Materiale
	B9642094001	10 Canali	Cavo L=30cm	Connettore DB-25-poli FMM	ABS
	B9642094004	21 Canali			
Codice CND	N010102	RDM B9642094001 B9642094004		1969636 1969637	
Descrizione materiali costituenti	Cavo in polyurethane e silvered tinsel cord, adattatore in ABS				
Destinazione d'uso	Accessorio destinato ad adattare la Cuffia Universale, prodotta da EB Neuro o compatibile, verso un elettroencefalografo con ingressi canali compatibili				
Modalità d'uso	Utilizzare secondo destinazione d'uso				
Confezionamento	Singolo				
Modalità di pulizia/disinfezione	Dopo l'uso pulire il cavo sempre con un panno umido. Lasciare asciugare e riporre nella propria confezione di vendita o similare.				
Modalità di sterilizzazione	Dispositivo non sterile, non necessita di sterilizzazione in quanto non a contatto con il paziente				
Durata sterilizzazione	Non applicabile				
Durata del prodotto	Non applicabile				
Latex free	Sì				
Conservazione e manipolazione	Conservare nella confezione originale fino all'uso				
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				



EB Neuro S.p.A.
 Via P. Fanfani, 97/A - 50127 Firenze - ITALY
 Phone +39 055 4565111 - Fax +39 055 4565123
 info@ebneuro.com - ebneuro.com
 Partita IVA / V.A.T. Number 04888840487
 Codice Destinatario M5UXCR1

20^o
 1998 - 2018

28 ottobre 2022

Offerta Numero: 654ND/22.IT

CLIENTE

ASL NUORO

ROSANNA CARBONI

rosanna.carboni@aslnuoro.it

CAP
Città

NUORO

OFFERTA

OFFERTA MATERIALE PER EEG

31/12/2022

R.D. 60 gg. data ricevimento fattura, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 192/2012
 15 gg per accertati difetti di costruzione

franco destino

entro 30 gg. dalla data di ricezione dell'ordine (non inferiore a 5 gg. lavorativi). Non garantita nei mesi di Agosto e Dicembre.

I.V.A. 22% a Vs. carico

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
89642094004	Adattatore universale 21 elettrodi - lato strumento 21x FMM 1,5 mm/lato cuffia DB25 FMM	1	235,00 €	
TOTALE A VOI RISERVATO			235,00 €	

Opzionali CODICE	DESCRIZIONE	QTA'	LISTINO	SCONTO	PREZZO FINALE

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

