

MODULO RICHIESTA ACQUISTO

BENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA

**MODALI DI RILEVANZA ATS e per importo inferiore a € 40.000 (IVA esclusa)
L.G. ATS n° 800 del 15/06/2018)**

ASL3 NUORO
NF 2022/3093 del 14/09/2022 ore 11,31
M.I.T. AREA OSPEDALIERA

Ass. Servizio Giuridico Amministrativo

**Alla Direzione P.O.U.O. "San Francesco" di Nuoro
All' Ufficio Giuridico Amministrativo**



Oggetto: Richiesta d'acquisto

N.B.: al fine della privacy (dati sensibili) non indicare mai estratti anagrafici di assistiti/destinatari richiesta (solo nome e iniziale cognome)

1) SERVIZIO / STRUTTURA / U.O. RICHIEDENTE: **RIANIMAZIONE/ANESTESIA**

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: **DR. PAFFI PEPPINO;**

3) per esigenze del suddetto Servizio/U.O., si chiede la fornitura dei seguenti beni/servizi (barrare parte di non interesse) o 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 sì no

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
10	1261048	317-05	Z.12040208 / 305532	KIT composto da 4 Cuscinetti (Pads) Articgel per il controllo della temperatura corporea mediante ARTIC SUN 5000- misura S
14	1342284	317-07	Z.12040208 / 28472	KIT composto da 4 Cuscinetti (Pads) Articgel per il controllo della temperatura corporea mediante ARTIC SUN 5000- misura M
10	1342285	317-09	Z.12040208 / 28473	KIT composto da 4 Cuscinetti (Pads) Articgel per il controllo della temperatura corporea mediante ARTIC SUN 5000- misura L

Ai fini dell'individuazione dell'esatta competenza dell'acquisto, la suddetta 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 alla competente struttura 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/altezzature elettromedicali/biomedicali, Distribuzione 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/IRREVERSIBILE, ex Art. 63, c. 2, lett. b), del D. Lgs. n° 50/2016 sì no

In caso affermativo specificare DITTA Medical SPA e relativo COD. PRODOTTO 500000101 ARTIC SUN 5000

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI Terapia ipotermica con strumentazione proprietà ATS " Artic Sun"

8) COSTO PRESUNTO: euro 15.000

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): _____

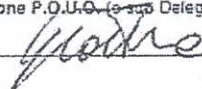
Firma del Direttore Dipartimento P.O. Servizio U.O. (o suo Delegato)




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 ASST 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 ASST NUORO PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO:

Firma del Direttore ASST Nuoro
