

Nuoro, 03/07/2023_prot. n. _____

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 dispositivi consumabili per estrattore acidi nucleici (n°IC 17402)

In merito alla richiesta del Direttore del Servizio di Immunematologia e Centro Trasfusionale allegata a questa comunicazione e al fine di garantire l'efficace funzionamento dell'Estrattore di acidi nucleici, precedentemente acquistato in esecuzione della delibera DG ASL Nuoro n°128 del 28/04/2022, già in dotazione al laboratorio del Centro Trasfusionale, si rende necessaria l'attivazione di una procedura d'acquisto per i dispositivi complementari necessari al suo funzionamento secondo quanto dettagliato nell'allegato fornito.

In attesa di riscontro si porgono

ASL3 - Nuoro
Data: 2023-07-04 05:57:44.0, NP/2023/2180

Il Direttore S.C. Farmacia Ospedaliera
ARMANDO Dott.ssa Paola Chessa
Servizio S.C. Farmacia Ospedaliera
Il Direttore
Dott.ssa Paola Chessa

Servizio di Farmacia Ospedaliera

Via Mannironi 08100 Nuoro

Tel. 0784 240215

farmacia.hsfnuoro@aressardegna.it

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: _____ CENTRO DI TIPIZZAZIONE TISSUTALE S.I.T. _____
2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: _____ Dr Pierpaolo Bitti _____
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 sì no

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche (allegare documentazione specifiche tecniche)	oggetto richiesta
10		E1300		magDea Dx SV	
10		F4430		MagLead consumable Kit	

Al fine 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 ASI, 3 DI Nuoro che disporrà per l'invio 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 sì no

In caso affermativo specificare DITTA TECHNICAL PROJECT S.r.l. e relativo COD. PRODOTTO _____

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI RELATIVI L'ESTRATTORE DI ACIDI NUCLEICI PER L'APPARECCHIO MAGLEAD126C codice inventario NU-51280 numero inventario biomedicale 17402 di proprietà del S.I.T.

8) COSTO PRESUNTO: 3,950 euro _____

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): __ Si allega copia della preventivo di pagamento _____

AREC Sardegna - ASL Nuoro
Servizio di immunopatologia
e malattie trasfusionali


Firma del Direttore Dipartimentale P.O./Servizi P.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 ASL Nuoro (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta ai fini della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole)

AREC Sardegna - ASL Nuoro

Firma Direzione Servizio Farmacia ospedaliera ASL Nuoro
(o suo Delegato)



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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro





Progettazione - Produzione - Forniture per laboratori
Servizi per le biotecnologie

Cagliari, 25 MAGGIO 2023

Spettabile
ASL NUORO
LABORATORIO TIPIZZAZIONE TISSUTALE
OSPEDALE SAN FRANCESCO NUORO
VIA MANNIRONI (NU)

Rif.Prev 61/23

Con riferimento alla Vostra pregiata richiesta, per la quale sentitamente Vi ringraziamo, ci pregiamo sottoporre la ns. migliore offerta per la fornitura qui di seguito riportata:

Q.tà	Codice	Descrizione	Prezzo Unit. €	Prezzo totale €
1	E1300	magDEA Dx SV	361,00	361,00
1	F4430	magLEAD Consumable Kit	34,00	34,00

CONDIZIONI DI FORNITURA:

IVA	22% VS CARICO
MINIMO D'ORDINE	EURO 400,00 SE NON RAGGIUNTO VERRANNO ADDEBITATE EURO 35,00 COME CONTRIBUTO GESTIONE ORDINE
VALIDITÀ DELL'OFFERTA	30.07.2023
CONSEGNA	30 GG. D.R.O. SE DISPONIBILI A MAGAZZINO
PAGAMENTO	60 GG. D.F.

Cordiali Saluti
Technical Project S.r.l

TE. PRO. SERVICE
SERVIZI PER BIOTECNOLOGIE
Via Dell'Artigianato, 13/A
09122 CAGLIARI (CA)
Tel. 070 5923584 Fax 070 2110151
Cod. Fisc./Part. IVA 02690550922

TE. PRO. SERVICE SRL
Servizi per le biotecnologie

Via Dell'Artigianato 13/A, Cagliari (CA) c.a.p. 09122 - P. IVA 02690550922
Tel. 070 5923584 Fax 070 2110151 - E-mail: info@teproservice.it
Pec: teproservice@pcert.postecert.it
Sito web: www.teproservice.it