

Nuoro, _____ prot. n. _____

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

DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa Annamaria Tomasella

DIRETTORE SANITARIO

Dott. Giuseppe Dessì

**DIRETTORE
AMMINISTRATIVO**

Dott. Attilio Murru

Dipartimento Del Farmaco

Direttore

Dott.ssa Ninfa Di Cara

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

loro sedi

Oggetto: richiesta sacche urina a circuito chiuso

Considerata la vacanza contrattuale di presidi indispensabili, d'uso comune a numerose UUOO e compresi in protocolli e linee guida validati per la prevenzione delle infezioni delle vie urinarie si presenta richiesta di acquisto a valenza triennale di sacche urina a circuito chiuso come da descrittiva e fabbisogno allegati. Il materiale non è compreso in gare a valenza regionale ne in nuove programmazioni.

Base d'asta € 1,17 + IVA cad

fabbisogno annuo: € 11.700,00 + IVA

fabbisogno triennale richiesto: n°30.000 pezzi per € 35.100,00 + IVA

Possibili fornitori:

- Clinilab
- Farmac Zabban
- Medical spa Sassari

Importo presunto della fornitura: € 24.000,00 + IVA 22%

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

SALUTE ARES-AZIENDA REGIONALE DELLA :
PG/2022/79636 del 28/11/2022 ore 06,28
Mitt.: SC Servizio Farmaceutico Ospedali...
Dest.: ASL NUORO DIREZIONE GENERALE
Class.: 1. Fasc : 48 del 2022



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: FARMACIA OSPEDALIERA_;

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DRSSA PAOLA CHESSA;

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 noX

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
10000			A06030301	Sacca urina sterile a circuito chiuso, con punto prelievo, valvola anti reflusso, rubinetto di scarico, clamp, filtro. Tubo 120cm ca, volume 2000 ml ca

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 x

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

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

8) COSTO PRESUNTO: 1,17 cad + IVA 22% complessivi € 11,700,00 + IVA 22% 1 ANNUO 

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ~~ANNUALE X~~ PLURIENNALE X OCCASIONALE

