



Nuoro, _____ prot. n. _____

al Dir Generale ASL Nuoro
al Dir. Sanitario ASL Nuoro
al Dir Amministrativo ASL Nuoro
e p.c. al Resp. SC Neurochirurgia ASL Nuoro

loro sedi

DIRETTORE GENERALE
Dott.ssa Annamaria Tomiaseola

DIRETTORE SANITARIO
Dott. Giuseppe Dessi

**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

Oggetto: richiesta coperture per microscopio Leica

Facendo seguito all'allegato fabbisogno delle SC di Neurochirurgia, SC Otorinolaringoiatria, SC Ortopedia, si richiede acquisto di coperture per microscopio LEICA di proprietà in dotazione alle SSOO interessate. Il materiale non è compreso in gare a valenza regionale ma risulta deserto nella attuale gara vigente della CND T.

Base d'asta € 6.000,00 + IVA cad fabbisogno biennale

Possibili fornitori:

ECOLAB

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



MODULO R CHIESTA 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
All'Ufficio Giuridico Amministrativo

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: BLOCCO OPERATORIO
2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Dr. Maurizio Paulis

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 sì no

Quant.	Codice AREAS	Referenza	RDM/CND	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
150	1233690	8033654EU	CND T030203 RDM 182909	Copertura per microscopio Leica M720 di proprietà sala Neurochirurgia
50	1233705	8033651EU	CND T030203 RDM 182909	Copertura per microscopio Leica M525 di proprietà sala Ortopedia e Otorino
500	1233709	3260UK	CND T030199 RDM 1239298	Copri manopola universale per microscopio

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 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 sì no

In caso affermativo specificare DITTA ECOLAB e relativo COD. PRODOTTO UNICI COMPATIBILI CON MICROSCOPI Leica di nostra proprietà

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

8) COSTO PRESUNTO: _____ circa € 6.000

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE PLURIENNALE CASIONALE

10) CODICE/PROGETTO/FINANZIAMENTO: fondi di bilancio o altro strumento (specificare) _____

11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy) SCHEDA TECNICA _____

Firma del Direttore Dipartimento di Neurochirurgia (o suo Delegato)

DR. PAOLO PAGGI
U.O.C. NEUROCHIRURGIA
ASL SAN FRANCESCO NUORO

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).

ARES Sardegna - ASL Nuoro
Servizio di Farmacia Ospedaliera
Il Direttore
D.ssa Paola Chessa

Firma Direzione P.O.U.O. (o suo Delegato)

[Handwritten Signature]

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

Firma del Direttore ASSL Nuoro
