

Nuoro, 03/08/2023_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

al Dir Generale ASL Nuoro
al Dir. Sanitario ASL Nuoro
al Dir Amministrativo ASL Nuoro
e.p.c. Al Dir SC Ostetricia e Ginecologia ASL Nuoro
e p.c. alla Drssa Pietrina Deiana - Farmacia Ospedaliera Asl nuoro

loro sedi

Oggetto: richiesta anse per conizzazione

Facendo seguito all'allegato fabbisogno della SC di Ostetricia e Ginecologia, si richiede acquisto di anse circolari per conizzazione, compatibili con generatore mod. Finesse II di proprietà della UO (inv 00007477). Il materiale non è compreso in gara a valenza regionale (ex lotti deserti gara CND K) e verrà incluso nella istruenda gara centralizzata per la CND K.

Possibili fornitori:

- Sandro Carta

Importo presunto della fornitura: € 1280,00/annui+ IVA 22%

Ass

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

9/8/23 ass
D8 + ARES
S

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)

ASL3 NUORO
NP.2023/2425 del 24/07/2023 ore 11:47
Mitt.: Ostetricia e Ginecologia
Ass.: SC Servizio Farmaceutico Ospedali...



Alla Direzione P.O.U.O. "San Francesco" di Nuoro
Alla Direzione Servizio Farmaceutico Ospedaliero

Oggetto: Richiesta d'acquisto **URGENTE**

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: **U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA**

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: **DOTT. A.O. SUCCU**

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)
20		AC382412 S01	K0201010301	ANSA CIRCOLARE DIAMETRO 2,4X120

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 e relativo COD. PRODOTTO

Ile Medical S.r.l
Via Grazia Deledda, 34
09090 Palmas Arborea (OR)
P. Iva:01127470951

6) Richiesta per lotto unico SÌ

7) **ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI PER PRELIEVI BIOPTICI IN COLPOSCOPIA**

8) **COSTO PRESUNTO: 32 Euro al pezzo** – costo con PLESSIMO € 640,00

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): _____

ASL
ASL N. 3 - Nuoro
Firma del Direttore Dipartimento (P.O. San Francesco - Nuoro)
U.O. Ostetricia e Ginecologia
Dirigente Medico
Raimondo Corona
Dot. Raimondo Corona

N.B.: Le Direzioni P.O.U.O. San Francesco di Nuoro e del Servizio Farmaceutico Ospedaliero per quanto di propria competenza qualora ritengono 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)

[Signature]

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)

ARES Sardegna - ASL Nuoro
Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)
Il Direttore
Dr.ssa Paola Cressa

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro
