

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)

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

21/08/2023

Oggetto: **Richiesta d'acquisto Controlli Esterni di Qualità UKNEQAS per Accredimento Diagnostica 2024**

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: UOC EMATOLOGIA

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Dottor ANGELO DOMENICO PALMAS

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 (economi, 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 X si no

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REP ERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
1		EQA06C		Iscrizione al programma annuale UK NEQAS LI EQA/PT per la verifica e la validazione dei sistemi di biologia molecolare per lo studio di BCR/ABL qualitativo e delle più comuni traslocazioni della Leucemia Acuta Mieloblastica (AML), partecipazione agli "open forum" e agli UK NEQAS LI Users Meeting con crediti formativi ECM.
1		EQA06F		Iscrizione al programma annuale UK NEQAS LI EQA/PT per la verifica e la validazione dei sistemi di biologia molecolare per lo studio delle mutazioni del gene NPM1, partecipazione agli "open forum" e agli UK NEQAS LI Users Meeting con crediti formativi ECM.
1		EQA06G		Codice EQA06G: Iscrizione al programma annuale UK NEQAS LI EQA/PT per la verifica e la validazione dei sistemi di biologia molecolare per lo studio delle mutazioni del gene FLT3, partecipazione agli "open forum" e agli UK NEQAS LI Users Meeting con crediti formativi ECM.

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 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/REP/ERTORIO

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

Fabbricante:

Distributore: FLOW ASSESSMENT S.R.L.

Sede Legale: Via Prealpi, 8 20833 – Giussano MB

Sede Operativa: Piazza Tranquillo Zerbi – Saronno VA

Tel: +39 02 96705425 Fax: +39 02 97130602

C.F. e Partita IVA: 10926940965

e-mail: customer.service@flowassessment.it PEC: flowassessment@pec.it website: www.flowassessment.it

Codice NSO: 0211:IT10926940965

e relativo COD. PRODOTTO:

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI NO _____

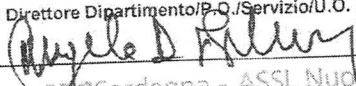
8) COSTO PRESUNTO: 8000 Euro (OTTOMILA euro) + IVA

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)



ASS Sardegna - ASST Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
U.O. Ematologia
Dirigente Medico
Dott. Angelo Domenico Palmieri

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)

CATTINA GRAZIA
Firmato digitalmente da CATTINA GRAZIA
Data: 2023.08.29 10:08:26 +02'00'

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)

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)

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

Firma del Direttore ASL Nuoro
