



**MODULO RICHIESTA ACQUISTOBENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA  
NON DI RILEVANZA Ares 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)**

**Al Direttore del POU San Francesco – ASL N. 3 di Nuoro**

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) U.O. RICHIEDENTE: SSD RADIOLOGIA INTERVENTISTICA Ospedale "San Francesco" Nuoro \_\_\_\_\_;
- 2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Dott Giovanni Dul
- 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  no  X

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
500		COPERTINA 3M BAIR HUGGER 63500	T030399	Copertina Underbody accesso totale, monouso, latex free, radiotrasparenti, in materiale flessibile e morbido dotate di un sistema di drenaggio dei liquidi e di sistemi di fissaggio, con una perforazione uniforme distribuita su tutta la superficie e in grado di garantire un riscaldamento omogeneo anche in caso di occlusioni parziali o accidentali. misura :221 x 91 cm

Al 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'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  si  no

In caso affermativo specificare DITTA MEDICAL SRL e relativo COD. PRODOTTO 63500

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI NESSUNO

8) COSTO PRESUNTO: 15.000

9) FABBISOGNO: ANNUALE  X

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)

**DUI GIOVANNI** Firmato digitalmente da DUI  
GIOVANNI

Data: 2023.10.02 13:03:01 +02'00'

**PARTE RISERVATA ALLA Direzione Distretto** (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta ai fini della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole).

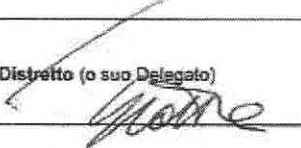
---

---

---

---

Firma Direzione Distretto (o suo Delegato)



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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro

---