

**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 15/08/2018)**
**ASL3 NUORO**

NP 2023/2193 del 04/07/2023 ore 10:37

Mitt.: AREA OSPEDALIERA

Rec: 50 Servizio Farmaceutico Ospedali

**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) STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE : RADIOLOGIA INTERVENTISTICA :**
**2) DIRETTORE STRUTTURA RICHIEDENTE: Giovanni Dui:**

 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 sì no

QUANTITA'	CODIC E AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allagare documentazione specifica tecniche)
5		PNS5F120 HI	C0104020204/19573 I	Catetere Selettivo Neuron 5F, 120 HI
5		PNS5F120 SIM	C0104020204/19573 I	Catetere Selettivo Neuron 5F, 120CM SIM
5		PNS5F120 BER	C0104020204/19573 I	Catetere Selettivo Neuron 5F, 120 BER
5		PNS5F130 HI	C0104020204/19573 I	Catetere Selettivo Neuron 5F, 130 HI
5		PNS5F130 SIM	C0104020204/19573 I	Catetere Selettivo Neuron 5F, 130 SIM
5		PNS5F130 BER	C0104020204/19573 I	Catetere Selettivo Neuron 5F, 130 BER
5		BMK6F95 BER120	C0104020204/12162 49	Sistema di accesso intracranico Benchmark con Catetere Selettivo
5		BMK6F95 MBER120	C0104020204/12162 49	Sistema di accesso intracranico Benchmark con Catetere Selettivo
5		BMK6F10 5BER130	C0104020204/12162 49	Sistema di accesso intracranico Benchmark con Catetere Selettivo
5		BMK6F10 5MBER13 0	C0104020204/12162 49	Sistema di accesso intracranico Benchmark con Catetere Selettivo
1		M001760015 1	37175/R C0104020203	CONTOUR EMBOLI 45-150 MICRON - SOSTANZA EMBOLIZZANTE (BOX 5PZ)
1		M001760025 1	37175/R C0104020203	CONTOUR EMBOLI 150-250 MICRON - SOSTANZA EMBOLIZZANTE (BOX 5PZ)

5		SSTD215STR	C04020201/2079453	Microguida SYNCHRO SELECT-14 STANDARD STRAIGHT 215CM
5		SSTD215PRE	C04020201/2079464	Microguida SYNCHRO SELECT-14 STANDARD PRE-SHAPED 215CM
5		M0031681890	C0104020202/912375	Microcatetere EXCELSIOR SL-10 straight 150cm/6cm - 2 tip markers
5		M0031C058132A0	C010402020702/1327902	AXS CATALYST 5 0.058" 132 cm - CATETERE PER ACCESSO DISTALE

Al fini dell'individuazione dell'esatta composizione 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  sì  no

In caso affermativo specificare DITTA MEMIS e relativo COD. PRODOTTO \_\_\_\_\_

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI \_\_\_\_\_

8) COSTO PRESUNTO: 39.500 euro

9) FABBISOGNO: OCCASIONALE

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

11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy): \_\_\_\_\_

Firma del Direttore SSD Radiologia Interventistica

DUI

GIOVANNI

Firmato digitalmente

da DUI GIOVANNI

Data: 2023.07.03

09:59:54 +02'00'

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 o/o di elementi mancanti (da Integrare/completare), provvederanno alla sua restituzione/integrazione/completamento al 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)



**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)

---

---

---

---

AREP Sardegna - ASL Nuoro  
Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)  
Il Direttore  
D.ssa Paola Chessa

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

Firma del Direttore ASL3 Nuoro

\_\_\_\_\_