

Nuoro, / /2023_prot. n. _____

*Off. MED
RES. URG SAN FRANCIS*

al Dir Generale ASL Nuoro
al Dir. Sanitario ASL Nuoro
al Dir Amministrativo ASL Nuoro
e p.c. Al Resp. SC Ch Vascolare ASL Nuoro

loro sedi

DIRETTORE GENERALE

Dott. Paolo Cunyas

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

Oggetto: richiesta endoprotesi

Facendo seguito all'allegato fabbisogno della SC di Ch Vascolare, si richiede acquisto di endoprotesi per pazienti identificati con particolare stenosi o conformazione della sezione aortica. Il materiale non trova corrispondente nelle gare e contratti in essere a livello centralizzato di medesima CND.

Potenziale fornitore noto: Ditta Artemide S.r.l.

Importo presunto della fornitura: €40.000,00 + IVA 22%

Il Direttore S.C. Farmacia Ospedaliera
Dott.ssa Paola Chessa
ARES SARDEGNA - ASL NUORO
Servizio di Farmacia Ospedaliera
Il Direttore
Dott.ssa Paola Chessa

*20/10/23
DD + PROV.
2*





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. ASL n° 800 del 15/06/2018)

Alla Direzione S.C. Provveditorato ASL Nuoro
Alla Direzione Servizio Farmacia ospedaliera

URGENTISSIMO

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 SALA CHIRURGIA VASCOLARE
2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DR. COSTANTINO LUCA DI ANGELO

3) Per esigenze del suddetto Servizio/U.O., si chiede la fornitura dei seguenti beni/servizi (barrare parole di non interesse) e a tal fine si dichiara che non vi sono procedure di gara aggiudicate/contratti attivi ATS/ASL 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)
10		TV-AB2080-L TV-AB2380-L TV-AB2680-L TV-AB2980-L TV-AB3480-L	CND P07040199 RDM 2001336	CORPO AORTICO ALTO BIFORCATO ENDOLOGIX
20		DA TV-IL141080-1 A TV-IL1428160-1	CND P07040199 RDM 1980314	RAMI ILIACI
10	1225849	TV-CS14-F	CND P07040199 RDM 1980357	POLIMERO RIEMPITIVO
10	1488641	TV-AI01-L	CND P07040199 RDM 2000816	AUTONIETTORE

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 ASL Nuoro che disporrà per l'inoltro 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 ARTEMIDE Presidi Medico Chirurgici srl e relativo COD. PRODOTTO _____

6) Richiesta per lotto unico sì no o lotti sì

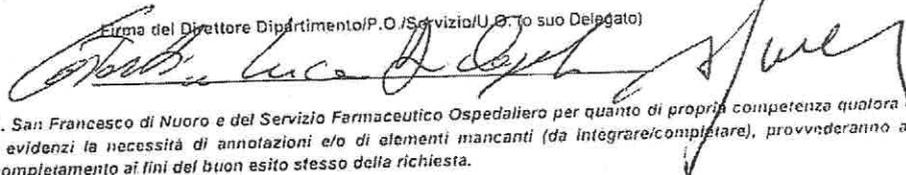
7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

8) COSTO PRESUNTO: _____ circa € 116.000

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE PLURIENNALE CASIONALE

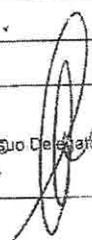
10) CODICE/PROGETTO/FINANZIAMENTO: fondi di bilancio o altro strumento (specificare) _____

11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy): SCHEDA TECNICA CERTIFICATO DI UNICITA'

Firma del Direttore Dipartimento/P.O./Servizio/U.O. (o suo Delegato)


N.B.: Le Direzioni P.O.U.O. San Francesco di Nuoro e del Servizio Farmaceutico Ospedaliero per quanto di propria competenza qualora ricevino che la presente richiesta evidenzi 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)

ATS Sardegna - ASL Nuoro
Ospedale San Francesco di Nuoro
Direzione Sanitaria
Dirigente Medico
Dot.ssa Antonella Tatti


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

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

Firma del Direttore ASL Nuoro
