

Nuoro, /09/2023\_prot. n. \_\_\_\_\_

al Dir. Generale ASL Nuoro  
al Dir. Sanitario ASL Nuoro  
al Dir. Amministrativo ASL Nuoro  
e p.c. al Resp. FF SC Oculistica ASL Nuoro

loro sedi

**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

Oggetto: richiesta acquisto riboflavina

Come da fabbisogno del Resp. ff della SC di Oculistica, si richiede acquisto della fornitura annua del dispositivo a base di riboflavina indicato per esecuzione del cross-linking corneale.

Si dichiara altresì che non vi sono contratti centralizzati in corso di validità né programmazioni a livello CAT/ARES per medesimo prodotto o ad esso assimilabile.

Ultimo fornitore: ditta ABMED

Distinti saluti

Il Direttore S.C. Farmacia Ospedaliera  
ARES S. Sardegna ASL Nuoro  
Servizio di Farmacia Ospedaliera  
Il Direttore  
D.ssa Paola Chessa

ASL3 - Nuoro  
Data: 2023-09-07 07:11:04:0 NP/2023/2730

**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)**

**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) SERVIZIO / STRUTTURA / U.O. RICHIEDENTE: SC Oculistica – P.O. San Francesco

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DR Michele Francesco Loi;

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 x

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
120	1374611	520-03251	Q02	RIBOFLAVINA VIBEX RAPID CORNEALI CROSS-LINKING *520-03251*MEDIO-HAUS-MEDIZINPRODUKTE GMBH

**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 € 140.000 (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 \_\_\_\_\_ e relativo COD. PRODOTTO \_\_\_\_\_

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

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

8) COSTO PRESUNTO: € 496,80 + IVA 22% cadauno

9) FABBISOGNO: MENSILE  SEMESTRALE  ANNUALE X  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)

Firmato digitalmente da

**Michele Loi**

Michele Loi

Data: 2023.08.28 13:41:33

+02'00'

Caso affermativo specificare DITTA \_\_\_\_\_ e relativo COD. PRODOTTO \_\_\_\_\_

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

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

5) COSTO PRESUNTO: € 496,80 + IVA 22% cadauno

6) FABBISOGNO: MENSILE      SEMESTRALE      ANNUALE       PLURIENNALE      OCCASIONALE

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

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

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

Firmato digitalmente da

**Michele Loi**

Michele Loi

Data: 2023.08.28 13:41:33



