

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. SC Anestesia e Rianimazione 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 lame per laringoscopio

Come da fabbisogno del Resp. SC Anestesia e Rianimazione, si inoltra proposta d'acquisto su fabbisogno annuale di lame monouso, da gestire in Farmacia, e lame pluriuso, da gestire per il tramite economale, dedicate a videolaringoscopio id proprietà della SC richiedente.

Operatore economico individuato per le motivazioni di compatibilità di cui sopra:

M.D.M. Italia

Importo presunto : € 45.000,00 + IVA 22% ca

Distinti saluti

Il Direttore S.C. Farmacia Ospedaliera  
Dott.ssa Paola Chessa

**ARES Sardegna - ASL Nuoro**  
Servizio di Farmacia Ospedaliera  
Il Direttore  
Dott.ssa Paola Chessa

**+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  
All' Ufficio Giuridico Amministrativo  
Al servizio farmacia ospedaliera**

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: **RIANIMAZIONE/ANESTESIA**

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: **DR. PAFFI PEPPINO;**

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 (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)
50		0270-0877	2365552--Z12021004	LamaSpectrum LoProS2
50		0270-0939	2365554--Z12021004	LamaSpectrum LoProS2,5
200		0270-0939	1595961--Z1202004	LamaSpectrum LoProS3
200		0270-0939	1595964--Z1202004	LamaSpectrum LoProS4
1		0574-0119	1874147 --Z1202004	Lama riutilizzabile in titanio LoProT1
2		0574-0147	1154087 --Z1202004	Lama riutilizzabile in titanio LoProT3
1		0574-0148	1154041 --Z1202004	Lama riutilizzabile in titanio LoProT4

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'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) (IVA esclusa) 45000 Euro

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 x    no

In caso affermativo specificare ditta MDM GLIDESCOPE e relativo COD. PRODOTTO DS-FILT/DS-ADB

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

8) COSTO PRESUNTO:

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)

**ASL N. 3 - Nuoro**  
Dipartimento dei Servizi Ospedalieri  
U.O.C. Anestesia e Rianimazione  
Direttore  
Dott. Peppino Paffi

*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)

---

**PARTE RISERVATA ALLA Direzione Servizio Farmacia ospedaliera ASSL 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**  
Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)  
Servizio di Farmacia  
Il Direttore  
Dessa Paola Chessa

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

Firma del Direttore ASSL Nuoro

---

