

MODULO RICHIESTA ACQUISTO
BENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA
NON D' 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 15/05/2018)

ASL3 NUORO
 NP.2023/3073 del 03/10/2023 ore 11:21
 Mitt.: Dipartimento Area Chirurgica
 Ass.: Servizio Giuridico Amministrativo

Alla Direzione P.O.U.O. "San Francesco" di Nuoro
 Alla Direzione Servizio Farmaceutico Ospedaliero
 All'Ufficio Giuridico Amministrativo



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 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 (ocorrono: 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

Quantità	Codice AREAS	Referenza	RDM/CND	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
80	1571433	2013-10M	CND C019006 RDM 2390658	SHUNT carotideo Pruitt F3 Mis.Diam 8 F x Lungh. 31 cm
5	1571444	2012-10M	CND C019006 RDM 2390482	SHUNT carotideo Pruitt F3 Mis.Diam 9 F x Lungh. 31 cm
5	1571430	2011-10M	CND C019006 RDM 2390441	SHUNT carotideo Pruitt F3 Mis.Diam 10 F x Lungh. 31 cm
5	1571432	2012-12M	CND C019006 RDM 2390498	SHUNT carotideo Pruitt F3 Mis.Diam 9 F x Lungh. 15 cm
5	1571431	2011-12M	CND C019006 RDM 2390466	SHUNT carotideo Pruitt F3 Mis.Diam 10 F x Lungh. 15 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 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 LE MAITRE VASCULAR S.r.l. e relativo COD. PRODOTTO _____

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

8) COSTO PRESUNTO: _____ circa € 55.000,00

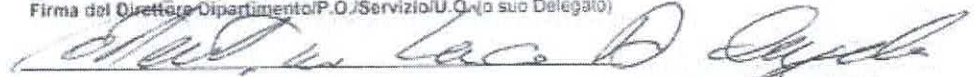
9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE LURIENNALE CASIONALE

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)

x



N.B. Le Direzioni P.O.U.O. San Francesco di Nuoro e del Servizio Farmaceutico Ospedaliero per **DEPARTAMENTO CURA CHIRURGICHE** **OSPEDALE SAN FRANCESCO** **ASL NUORO** qualora rilevino che la presente richiesta evidenzia la necessità di annotazioni e/o di elementi mancanti (da integrare) dovranno alla sua restituzione/integrazione/completamento al fini del buon esito stesso della richiesta.

Direttore: **Dott. Antonio Onorato Succu**

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)

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)

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

Firma del Direttore ASL Nuoro
