



**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:** \_\_ Servizio di Immunoematologia e Trasfusionale – Centro di Tipizzazione Tissutale;
- 2) **DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE:** \_Dott. Pier Paolo Bitti\_\_\_\_\_;
- 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**  **no**

QUANTIT A'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
10		001 080 010		RBC FluoGene <sup>NT</sup> ABO plus
10		001 083 010		RBC FluoGene D weak/variant
10		001 085 010		RBC FluoGene Rare
10		001 091 010		RBC FluoGene vERYfy eXtend
10		003 015 010		HPA FluoGene <sup>NX</sup>
1		005 010 000		Gruppo di continuità UPS
1		005 010 000		stampante
1		005 010 000		FluoQube System
1		006 010 0035L		Fluogene software license
1		006 010 0035L		Licenza Middleware FREEDOM completo di PC aggiuntivo, monitor touchscreen, tastiera, mouse
1		006 010 0035L		Interfacciamento ELIOT 3.0

**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 € 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  **no**

In caso affermativo specificare DITTA Dia4it e relativo COD. PRODOTTO \_\_\_\_\_

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

7) **ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI** kit di calibrazione/manutenzione a carico della ditta fornitrice

002 071 M01	FLOVISTA IQOQ	1 KIT
00207CC02	CYCLER CONTROL	1 KIT
006 010 005	FluoGene Color Control	Set per 10 calibrazioni

Costo presunto annuale per reagenti  
 Costo annuale apparecchiature

81.063,50 euro  
 17.700,00 euro