

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 videobroncoscopi monouso

Come da fabbisogno del Resp. SC Anestesia e Rianimazione, si inoltra proposta d'acquisto su fabbisogno annuale di videobroncoscopi monouso dedicati a videolaringoscopia di proprietà della SC richiedente.

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

M.D.M. Italia

Importo presunto : € 47.500,00 + IVA 22% ca

Distinti saluti


Il Direttore S.C. Farmacia Ospedaliera
APES Sardegna Dott.ssa Paola Chessa
Servizio di Farmacia Ospedaliera
Il Direttore
Dr.ssa Paola Chessa

ASL3 - Nuoro
Data: 2023-10-02 07:18:42.0_NP/2023/3046

+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 sì no X

QUANTITA	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
50	0570-0396	BFLEX 3,8	2101080- Z12020802	BRONCOSCOPI MONOUSO 3,8 cm
50	0570-0375	BFLEX 5,0	2100843- Z12020802	BRONCOSCOPI MONOUSO 5,0cm
50	0570-0397	BFLEX 5,8	2101079- Z12020802	BRONCOSCOPI MONOUSO 5,8 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 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) Euro 47500

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 x no

In caso affermativo specificare ditta MDM SRL e relativo COD. PRODOTTO

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

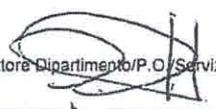
7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI

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)

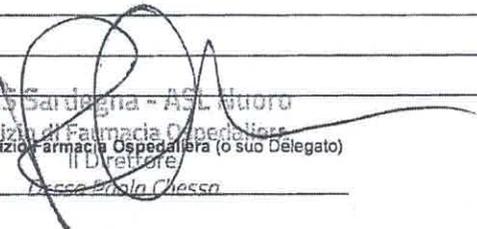
ASL N. 3 - Nuoro
Dipartimento dei Servizi Ospedalieri
U.O.C. Anestesia e Rianimazione
Direttore
Dott. Peppino Paffi

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 ASL Nuoro (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta ai fini della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole)


ARESS Sardegna - ASL Nuoro
Servizio di Farmacia Ospedaliera
Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)
Il Direttore
Dott. Paola Chiesa

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

Firma del Direttore ASL Nuoro
