

MODULO RICHIESTA ACQUISTO

BENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA

NON DI RILEVANZA ATS e per importo, in ragione d'anno, inferiore a € 40.000 (IVA esclusa)
(Dif. Tabella 2 allegata alla Circolare ATS n° 800 del 15/06/2018)

ASL3 NUORO

NP. 2022/1924 del 03/06/2022 ore 11,01

Mitt.: Dipartimento Area Chirurgica

Ass.: Servizio Giuridico Amministrativo

Alla Direzione P.O.U.O. "San Francesco" di Nuoro



Oggetto: **Richiesta d'acquisto**

N.B.: ai fini della privacy (dati sensibili) non indicare mai estremi anagrafici di assistiti/destinatari richiesta (solo nome e iniziali cognome)

1) SERVIZIO / STRUTTURA / U.O. RICHIEDENTE: **B.O. SALA GINECOLOGIA - U.O.C. GINECOLOGIA E OSTETRICIA**

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: **D.SSA GRAZIA CATTINA DR. ANTONIO ONORATO SUCCU**

3) per esigenze del suddetto Servizio/U.O., si chiede la fornitura dei seguenti beni/servizi (barrare parze 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

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
2		26331101-1	RDM 128158 CND N.A.	ENDOMAT DI HAMOU per irrigazione in laparoscopia e distensione uterina

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 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 si no

In caso affermativo specificare DITTA SANIFARM S.R.L. e relativo COD. PRODOTTO _____

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI GIA' PRESENTI NELLA GARA REGIONALE K

8) COSTO PRESUNTO: € 27.000

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE PLURIENNALE CCASIONALE

10) CODICE/PROGETTO/FINANZIAMENTO: fondi di bilancio o altro strumento (specificare) _____

11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy): SCHEDA TECNICA - CERTIFICATO DI INFUNGIBILITA' COMUNICAZIONE DI OBSOLESCENZA APPARECCHI DI NOSTRA PROPRIETA'



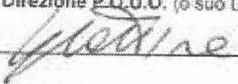
Blocco Operatorio HSF

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

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)

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro

ENDOMAT[®] sec. HAMOU[®] SCB

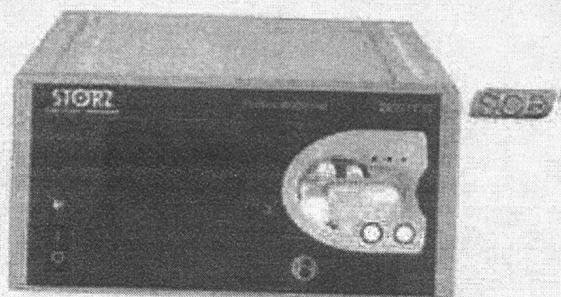
Sistema di aspirazione e irrigazione,

STORZ
KARL STORZ — ENDOSKOPE

Caratteristiche particolari:

- Sistema di aspirazione e irrigazione a pressione regolata per impiego in laparoscopia e ginecologia
- Comando moderno tramite touch screen a colori
- Parametri massimi per le modalità LAP e HYST impostati automaticamente una volta selezionato il set di tubi
- Sistema ergonomico di tubi avvolgibili
- Le scale di indicazioni dei valori impostati ed effettivi sono simultanee, in modo da consentire un controllo sicuro dei parametri di aspirazione e irrigazione
- Possibile connessione a KARL STORZ Communication Bus (SCB) a partire dal release software 20090001-45, e versioni più recenti.

SISTEMI DI ASPIRAZIONE
E IRRIGAZIONE

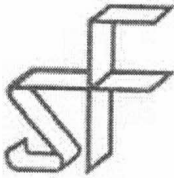


26 3311 01-1 ENDOMAT[®] sec. HAMOU[®] SCB, con modulo SCB integrato, tensione d'esercizio 100 - 240 VAC, 50/60 Hz
Incluso:
Cavo di connessione SCB, lunghezza 100 cm
Dotazione di base set tubo avvolgibile, monouso VACUsafe aspirazione[®], 2 l

CND NA
N.REPERTORIO 128158

Dati tecnici:

Pressione	• HYST 0-200 mmHg • LAP 100/300/500 mmHg	Tensione d'esercizio	100-240 VAC, 50/60 Hz
Flusso	• LAP 0-1300 ml/min • HYS 200/400/600 ml/min	Dimensioni, l x h x p	305 x 154 x 375 mm
Pressione aspirazione regolata	• HYST 0,1-(-)0,8 bar (-80 kPa) • LAP 0,1-(-)0,8 bar (-80 kPa)	Peso	8,3 kg
		Certificazione	CEI 601-1, marchio CE sec. DDM



SANIFARM s.r.l.

VIALE MONASTIR, 126/A • TEL. 070/288350
TELEFAX 070/282339
09122 CAGLIARI
REG. SOC. TRIB. CAGLIARI N. 7115
C.C.I.A.A. CAGLIARI N. 87129
C.C. POSTALE N. 17525098
COD. FISC. E PART. IVA N. 00288550924

Cagliari, 13 Maggio 2022

Spett.le

ATS SARDEGNA ASSL NUORO

via Amerigo Demurtas, 1

08100 Nuoro

Oggetto: **dichiarazione di infungibilità dell'Endomat Hamou codice 26331101-1**

Egregi Signori,

la **Sanifarm S.r.l.** con sede legale in **Cagliari** Viale Monastir n. 126/a, nella propria qualità di concessionaria esclusiva per la vendita e l'assistenza della **Karl Storz Endoskope**, con la presente Vi informa che il sistema Irrigatore Aspiratore sec. Hamou codice **26331101-1** è **infungibile** per i seguenti motivi:

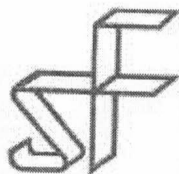
- risulta essere l'unico presente sul mercato che permette le procedure di isteroscopia e laparoscopia in un unico apparecchio
- comandabile dalla telecamera Karl Storz in Vostro possesso nella colonna endoscopica di cui le apparecchiature fanno parte
- presenta caratteristiche tali che risultano essere al momento criteri di unicità
- per integrazione e aggiornamento della dotazione di apparecchiature e strumenti **KARL STORZ** presenti nella S.O. di Ginecologia
- è prodotto originale **KARL STORZ**

Cordiali saluti.

Sanifarm S.r.l.

Vanda Mulliri

Direttore Commerciale



SANIFARM s.r.l.

VIALE MONASTIR, 126/A • TEL. 070/288350

TELEFAX 070/282339

09122 CAGLIARI

REG. SOC. TRIB. CAGLIARI N. 7115

C.C.I.A.A. CAGLIARI N. 87129

C.C. POSTALE N. 17525098

COD. FISC. E PART. IVA N. 00288550924

Prot. n. 201/22/DP/sm

Cagliari, 10 Maggio 2022

Spett.le

Azienda Socio Sanitaria Locale n. 3

Nuoro

Oggetto: Comunicazione su sistemi di distensione uterina controllata e lavaggio intraperitoneale Karl Storz.

Egregi Signori,

con la presente Vi informiamo che Karl Storz ci ha comunicato di non poter più prestare assistenza all'apparecchiatura Hamou Endomat in dotazione alla Spettabile Azienda in quanto non è più possibile reperire i pezzi di ricambio. Per il motivo sopra esposto l'apparecchiatura Hamou Endomat è da considerarsi fuori supporto nonostante possa essere utilizzato nel breve periodo. Precisiamo che in caso di eventuale guasto non sarà possibile procedere alla sua riparazione e rimessa in uso.

Per non creare disservizi e/o interruzione della Vostra attività isteroscopia, diagnostica ambulatoriale e operativa di sala operatoria, trattandosi di una apparecchiatura infungibile e facente parte della colonna Endoscopica Karl Storz in Vostra dotazione e indispensabile per le isteroscopie e laparoscopie, Vi consigliamo di voler predisporre un nuovo acquisto del nuovo sistema Hamou Endomat codice 26331101-1.

Certi che prenderete buona nota di quanto comunicatoVi e in attesa di ricevere Vostro cortese riscontro, con l'occasione porgiamo cordiali saluti.

Sanifarm S.r.l.

L'Amministratore Unico

Dott. Domenico Porcu



Blocco Operatorio HSF

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

Oggetto: **Richiesta d'acquisto**

N.B.: ai fini della privacy (dati sensibili) non indicare mai estremi anagrafici di assistiti/destinatari richiesta (solo nome e iniziali cognome)

1) SERVIZIO / STRUTTURA / U.O. RICHIEDENTE: U.O. OTORINOLARINGOIATRIA
2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DR. CORRADO BOZZO

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

Quantità	Codice AREAS	Referenza	RDM/CND	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
1		40701601-01	CND NA RDM 130879	Unidrive S III Ent SCB set
1		40712035	CND Z12080204 RDM 1758973	Manipolo Shaver Drillcut-X II-35 completo di Kit Starter (5 frese)
2		40712090	CND Z12019080 RDM 466276	Impugnature regolabili per manipoli

Ai fini dell'individuazione dell'esatta competenza dell'acquisto, la suddetta 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) Quotora NON SIA RILEVANZA ATS, 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 si no

In caso affermativo specificare DITTA SANIFARM s.r.l. e relativo COD. PRODOTTO IN SOSTITUZIONE DEL VECCHIO UNIDRIVE PRESENTE NELLA COLONNA CARL STORZ IN DOTAZIONE NEL BLOCCO OPERATORIO

6) Richiesta per lotto unico si no o lotti si

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI TUBING SET UNIDRIVE/UNIDRIVE SIII "031131-10" STORZ presenti nella gara regionale K

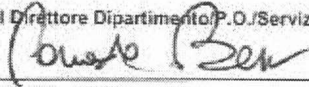
8) COSTO PRESUNTO: circa € 29.000

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE PLURIENNALE CASIONALE

10) CODICE/PROGETTO/FINANZIAMENTO: fondi di bilancio o altro strumento (specificare) _____

11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy): Schede tecniche

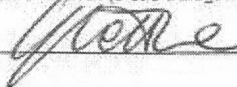
Firma del Direttore Dipartimento/P.O./Servizio/U.O. (o suo Delegato)



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 evidenzi la necessità di annotazioni e/o di elementi mancanti (da integrare/completare), provvederanno alla sua restituzione/integrazione/completamento al 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 ASSL NUORO PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO:

Firma del Direttore ASSL Nuoro

ASL3 NUORO
NP 2023/814 del 06/03/2023 ore 10.01
MILI : AREA OSPEDALIERA
Ass. : Servizio Giuridico Amministrativo



Blocco Operatorio HSF
Sala Otorinolaringoiatria

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

AD INTEGRAZIONE DELLA RICHIESTA DELL'UNIDRIVE CON PROTOCOLLO 2022/2998 DEL 07/09/2022

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 U.O. OTORINOLARINGOIATRIA
2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE DR. CORRADO BOZZO

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

Quantità	Codice AREAS	Referenza	RDM/CND	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
3	1196256	41201 KN	CND Z1202101180 RDM 1771048	Lama shaver retta, profilo di taglio dentato. Diametro 4 mm
2		41201 KKSA	CND Z1202101180 RDM 1771039	Lama shaver retta, profilo di taglio dentato doppio Diametro 3 mm
2		41203 KKB	CND Z1202101180 RDM 1771056	Lama shaver angolata 65°, profilo di taglio dentato doppio retrogrado Diametro 4 mm

Al fine dell'individuazione dell'esatta competenza dell'acquisto, la suddetta 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/altezzature elettromedicali/biomedicali), Dipartimento Farmaco ARES.

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)**

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 DITTA SANIFARM s.r.l. e relativo COD. PRODOTTO UNIDRIVE

6) Richiesta per lotto unico si no o lotti si

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

8) COSTO PRESUNTO: _____ circa € 6.000

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE PLURIENNALE CASIONALE

10) CODICE/PROGETTO/FINANZIAMENTO: fondi di bilancio o altro strumento (specificare) _____

11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy) Schede tecniche

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

Luigi Belli

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)

Giulio

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

Firma del Direttore ASSL Nuoro

Lame shaver, rette

per chirurgia dei seni paranasali e della base cranica

STORZ
KARL STORZ — ENDOSKOPE





Codice: 41201 KN, CND: Z1202101180, RDM: 1771048

Codice: 41201 KK, CND: Z1202101180, RDM: 1771047

Codice: 41201 KSA, CND: Z1202101180, RDM: 1771040


Codice: 41201 KKSA, CND: Z1202101180, RDM: 1771039

Lame shaver, rette, sterilizzabili

Visione dettagliata	per impiego con 40 7120 50 Manipolo DrillCut-X® II 40 7120 55 Manipolo DrillCut-X® II N	Lama shaver lunghezza 12 cm
	41201 KN	profilo di taglio dentato, Ø 4 mm, codice colore: blu-rosso 3
	41201 KK	profilo di taglio dentato doppio, Ø 4 mm, codice colore: blu-giallo
	41201 KSA	profilo di taglio dentato, Ø 3 mm, codice colore: blu-rosso
	41201 KKSA	profilo di taglio dentato doppio, Ø 3 mm, codice colore: blu-giallo 2

Codice: 41203 KKB, CND: Z1202101180, RDM: 1771056

Lame shaver, angolate 65°, sterilizzabili

Visione dettagliata	per impiego con 40 7120 50 Manipolo DrillCut-X® II 40 7120 55 Manipolo DrillCut-X® II N	Lama shaver lunghezza 12 cm
	41203 KKB	angolata 65°, profilo di taglio dentato doppio retrogrado, Ø 4 mm, codice colore: blu-giallo 2

