

Nuoro, 16/01/2024_prot. n. _____

al Dir. Generale ASL Nuoro
al Dir. Sanitario ASL Nuoro
al Dir. Amministrativo ASL Nuoro
e p.c. al Resp. SC Otorinolaringoiatria

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 consumabili per neuronavigatore ORL

Vista la richiesta della SC di Otorinolaringoiatria per l'acquisto di materiali di consumo per neuronavigatore di proprietà del Blocco (n° di inventario 0007629 – ATS 0022814)

Attualmente non sono attivi contratti centralizzati ne convenzioni.

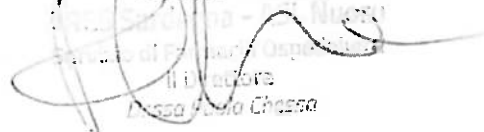
L'importo della fornitura biennale è stimabile in € 80.000,00 + IVA 22%.

Potenziali fornitori:

- Medtronic

Distinti saluti

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



Il Direttore
Dott.ssa Paola Chessa

ASL3 - Nuoro
Data: 2024-01-17 07:12:18.0; NP/2024/225

MODULO RICHIESTA ACQUISTO

BENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA

NON DI RILEVANZA ATS e per importo, in ragione d'anno, inferiore a € 140.000 (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
Alla Direzione Struttura Complessa Provveditorato 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 iniziale cognome)

1) SERVIZIO / STRUTTURA / U.O. RICHIEDENTE: BLOCCO OPERATORIO SALA 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 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

QUANT	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORI O	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
50	1144317	9733534	CND Z12140585 RDM 143719	SISTEMA DI RIFERIMENTO MONOUSO PAZIENTE PER NAVIGAZIONE
50	1144316	9733533	CND Z12011485 RDM 81077	SISTEMA DI RIFERIMENTO MONOUSO STRUMENTO OTORINO PER NAVIGAZIONE
50	1247565	9732500	CND Z12140501 RDM 236788	BASE ADESIVA PER TRACKER ENT
50	1325985	9734887XOM	CND Z12011485 RDM 1471678	SISTEMA DI RIFERIMENTO MONOUSO PAZIENTE NON INVASIVO PER NAVIGAZIONE
50	1271748	1895522	CND A030402 RDM 20229	TUBI DI IRRIGAZIONE MANIPOLO STRAIGHT SHOT
25	<i>NEXI</i>	1884080HR	CND Q030301 RDM 386775	LAME TRICUT RUOTABILI 4.0MM LUNGH. 13 CM CON TUBO DI IRRIGAZIONE
25	1045629	1884075HSE	CND Q030302 RDM 37258	FRESA CURVA ASB 4 MM X 15 CM ALTA VELOCITA'
25	1472396	1885078HSE	CND Q030302 RDM 37283	FRESA CURVA DIAMANTATA 70° 5 MM X 13 CM ALTA VELOCITA'

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'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)**

BLOCCO OPERATORIO
SALA OTORINOLARINGOIATRIA

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 MEDTRONIC, e relativo COD. PRODOTTO NEURONAVIGATORE DI NOSTRA PROPRIETA' INV.

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

inv. n. 000162P
ATS 0022814

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

8) COSTO PRESUNTO: _____ € 80.000 circa

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE PLURIENNALE OCCASIONALE

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

11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy): _____ SCHEDE TECNICHE _____

DIPARTIMENTO CURE CHIRURGICHE
Ospedale San Francesco

ASL Nuoro
Firma del Direttore Dipartimento/P.O./Servizio/U.O. (o suo Delegato)
Direttore Dot. Antonio Onorato Succu

Antonio Ben

N.B.: Le Direzioni P.O.U.O. di 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)

ASL NUORO
OSPEDALI
Direzione Medica
Dirigente Medico
Dot.ssa Antonella Tatti

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 3 Nuoro

MODULO RICHIESTA ACQUISTO
BENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA
NON DI RILEVANZA ATS e per importo, in ragione d'anno, inferiore a € 140.000 (IVA esclusa)
(Rif. Tabella 3 allegata alla Deliberazione D.G. ATS n° 800 del 15/06/2018)

Alla Direzione Struttura Complessa Provveditorato di Nuoro

Integrazione richiesta precedente

Oggetto: **Richiesta d'acquisto**

N.B.: ai fini della privacy (dall'art. 13 l. 196/2003) non indicare mai estremi anagrafici di assistiti/destinatari richiesta (solo nome e iniziale cognome).

1) SERVIZIO / STRUTTURA / U.D. RICHIEDENTE: BLOCCO OPERATORIO SALA OTORINOLARINGOIATRIA

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE DR. CORRADO BOZZO

3) per esigenze del suddetto Servizio/U.O., si chiede a fornitura dei seguenti beni/servizi (barrare parte di non interesse) e a tal fine si dichiara che non vi sono procedure di gara applicate/contratti attivi AREA AL B. 3 che quanto richiesto non è reperibile nei magazzini aziendali (economi), farmaceutici, protesici, ecc.; o/o non risulta disponibile presso il Servizio di Ingegneria Clinica.

4) Tipologia di richiesta di acquisto tipologia BENE / SERVIZIO EX D.P.C.M. 26/12/2016 sì no

QUANT	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORI O	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
15		1884080EM	CND Q030301 RDM 621867	LAME Rotante fusion TRICUT 4.0MM LUNGH. 13 CM
15	1271705	1884006EM	CND Q030301 RDM 621867	LAME Rotante fusion TRICUT 40 4.0MM

Base d'asta invariato