



**MODULO RICHIESTA ACQUISTO
 BENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA
 NON DI RILEVANZA ARES 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)**

**Al Direttore del POU San Francesco – ASL N. 3 di Nuoro
 AL SERVIZIO FARMACIA P. SAN FRANCESCO**

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 e cognome)

- 1) SERVIZIO / STRUTTURA / U.O. RICHIEDENTE: ORTOPEDIA
- 2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Dr. RICCO BOLO SELVAS
- 3) per esigenze del suddetto Servizio/U.O. si chiede la fornitura dei seguenti beni/servizi (barrare parte di non interessati) 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, ai magazzini (economici, farmaceutici, protesici ecc.) e non risulta disponibile presso il Servizio di Ingegneria Clinica.
- 4) Trattasi di richiesta di acquisto tipologie BENE / SERVIZIO EX D.P.C.M. 24/12/2015 sì no

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesto (allegare documentazione specifiche tecniche)
500		ASL N. 3	STOCCA PER TROCANteri	STOCCA PER TROCANteri
500		ASL N. 3	"	"

Al fine 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 (sa 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)

N.B. Specificare, obbligatoriamente, quantità, codice AREAS, CND, RDM, REPERTORIO

5) Trattasi di bene DEDICATO/UNICO/INFUNGIBILE ex Art. 60 e 71 let. b) del D. Lgs. n° 50/2016 no
 In caso affermativo specificare DITTA _____ e relativo COD. PRODOTTO _____

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI per numero di interventi praticati
ASL N. 3

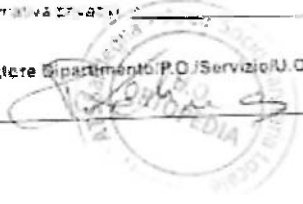
8) COSTO PRESUNTO: _____

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE PLURIENNALE OCCASIONALE

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

11) EVENTUALI ALLEGATI (includi speso dalla vigente normativa di legge) _____

Firma del Direttore Dipartimento P.O./Servizio/U.O. (e suo delegato)



PARTE RISERVATA ALLA Direzione Distretto (Evidenziare eventuali note ed elementi mancanti nella richiesta a fini della restituzione e integrazione/completamento della richiesta - allineati) e esprimere parere favorevole/la)

Firma Direttore POU San Francesco

ASL Nuoro
OSPEDALI
Direzione Medica
Dirigente Medico
Dott.ssa Antonella Tatti

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro
