

Nuoro, 12/01/2024_prot. n. _____

al Dir. Generale ASL Nuoro
al Dir. Sanitario ASL Nuoro
al Dir. Amministrativo ASL Nuoro
e p.c. al Resp. SC Chirurgia Vascolare ASL 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 protesi vascolari rette

Vista la richiesta della SC di Chirurgia Vascolare per l'acquisto di protesi vascolari rette in dacron, nelle more di procedura di gara centralizzata per varie protesi, patch e colle (CNDP07 e P90) per la quale è stato regolarmente trasmesso fabbisogno all'Azienda capofila ARNAS G. Brotzu, si chiede acquisto di un quantitativo utile a garantire l'assistenza per il periodo necessario al recepimento delle risultanze della gara suddetta.

L'importo della fornitura è stimabile in € 139.000,00 + IVA 4%.

Ultimo fornitore ditta MILLENNIUM

Si segnala il carattere d'urgenza della presente considerata la valenza salvavita del dispositivo.

Distinti saluti

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


Dott.ssa Paola Chessa



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. ASL n° 800 del 15/06/2018)

Alla Direzione S.C. Provveditorato ASL Nuoro
Alla Direzione Servizio Farmacia ospedaliera

URGENTISSIMO

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 CHIRURGIA VASCOLARE

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DR. COSTANTINO LUCA DI ANGELO

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

Quant.	Codice AREAS	Referenza	RDM/CND	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
10		HGKUT0006-70	CND-P070102010101 RDM-102824	Protesi vascolare per interventi di by-pass ultra THIN Misura 6 mm x 70 cm
10		HGKUT0007-70	CND-P070102010101 RDM-102824	Protesi vascolare per interventi di by-pass ultra THIN Misura 7 mm x 70 cm
10		HGKUT0008-70	CND-P070102010101 RDM-102824	Protesi vascolare per interventi di by-pass ultra THIN Misura 8 mm x 70 cm
1		HGKUT0008RS15	CND-P070102010101 RDM-102824	Protesi vascolare per interventi di by-pass ultra THIN rinforzata misura 8 mm x 70 cm
2		HGKUT0006RS20	CND-P070102010101 RDM-102824	Protesi vascolare per interventi di by-pass ultra THIN rinforzata misura 6 mm x 70 cm
2		HGKUT0007RS20	CND-P070102010101 RDM-102824	Protesi vascolare per interventi di by-pass ultra THIN rinforzata misura 7 mm x 70 cm
1		HGKUT0008RS20	CND-P070102010101 RDM-102824	Protesi vascolare per interventi di by-pass ultra THIN rinforzata misura 8 mm x 70 cm
2		HGKUT0006RS30	CND-P070102010101 RDM-102824	Protesi vascolare per interventi di by-pass ultra THIN rinforzata misura 6 mm x 70 cm
2		HGKUT0007RS30	CND-P070102010101 RDM-102824	Protesi vascolare per interventi di by-pass ultra THIN rinforzata misura 7 mm x 70 cm
1		HGKUT0008RS30	CND-P070102010101 RDM-102824	Protesi vascolare per interventi di by-pass ultra THIN rinforzata misura 8 mm x 70 cm
6	1417399	IGK1407SG	CND P07010299 RDM 646883	Protesi vascolare destinata ad interventi di by-pass in chirurgia vascolare Intergard Synergy Knitted biforcata Mis. 14x7 mm Lungh. 50 cm
6	1417418	IGK1608SG	CND P07010299 RDM 646883	Protesi vascolare destinata ad interventi di by-pass in chirurgia vascolare Intergard Synergy Knitted biforcata Mis. 16x8 mm Lungh. 50 cm

1	1417400	IGK1809SG	CND P07010299 RDM 646883	Protesi vascolare destinata ad interventi di by-pass in chirurgia vascolare Intergard Synergy Knitted biforcata Mis. 18x9 mm Lungh. 50 cm
1	1417419	IGK2010SG	CND P07010299 RDM 646883	Protesi vascolare destinata ad interventi di by-pass in chirurgia vascolare Intergard Synergy Knitted biforcata Mis. 20 x10 mm Lungh. 50 cm
1	1417401	IGK2211SG	CND P07010299 RDM 646883	Protesi vascolare destinata ad interventi di by-pass in chirurgia vascolare Intergard Synergy Knitted biforcata Mis. 22 x11 mm Lungh. 50 cm
1	1417420	IGK2412SG	CND P07010299 RDM 646883	Protesi vascolare destinata ad interventi di by-pass in chirurgia vascolare Intergard Synergy Knitted biforcata Mis. 24 x12 mm Lungh. 50 cm
1	1417372	IGK0014-40SG	CND P07010299 RDM 646883	Protesi vascolare per interventi di by-pass SYNERGY retta misura 14 mm x 40 cm
1	1417373	IGK0016-40SG	CND P07010299 RDM 646883	Protesi vascolare per interventi di by-pass SYNERGY retta misura 16 mm x 40 cm
1	1417374	IGK0018-40SG	CND P07010299 RDM 646883	Protesi vascolare per interventi di by-pass SYNERGY retta misura 18 mm x 40 cm
1	1417415	IGK0020-40SG	CND P07010299 RDM 646883	Protesi vascolare per interventi di by-pass SYNERGY retta misura 20 mm x 40 cm
1	1417398	IGK0022-40SG	CND P07010299 RDM 646883	Protesi vascolare per interventi di by-pass SYNERGY retta misura 22 mm x 40 cm
1	1417416	IGK0024-40SG	CND P07010299 RDM 646883	Protesi vascolare per interventi di by-pass SYNERGY retta misura 24 mm x 40 cm
1		IGK0006-70SG	CND P07010299 RDM 646883	Protesi vascolare per interventi di by-pass SYNERGY retta misura 6 mm x 70 cm
1		IGK0007-70SG	CND P07010299 RDM 646883	Protesi vascolare per interventi di by-pass SYNERGY retta misura 7 mm x 70 cm
1		IGK0008-70SG	CND P07010299 RDM 646883	Protesi vascolare per interventi di by-pass SYNERGY retta misura 8 mm x 70 cm
1		IGK0008RS30SG	CND P07010299 RDM 646883	Protesi vascolare per interventi di by-pass SYNERGY retta con rinforzo misura 8 mm x 70 cm
1		IGK0008RS60SG	CND P07010299 RDM 646883	Protesi vascolare per interventi di by-pass SYNERGY retta con rinforzo misura 8 mm x 100 cm
1		IGKAX0808SG	CND P07010299 RDM 646883	Protesi vascolare per interventi di by-pass SYNERGY AXILLO-BIFEMORALI misura 8 x8mm - 100 cm/60cm
1		IGKAX0808RS45/30SG	CND P07010299 RDM 646883	Protesi vascolare per interventi di by-pass SYNERGY AXILLO-BIFEMORALI misura 8 x8mm - 85 cm/55cm
1		IGKAX0808RS45/30SG	CND P07010299 RDM 646883	Protesi vascolare per interventi di by-pass SYNERGY AXILLO-BIFEMORALI misura 8 x8mm - 85 cm/55cm
1		IGKAX0808RS60/30SG	CND P07010299 RDM 646883	Protesi vascolare per interventi di by-pass SYNERGY AXILLO-BIFEMORALI misura 8 x8mm - 100 cm/55cm

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 ATS** (se di rilevanza ATS la richiesta deve essere preventivamente trasmessa alla Direzione ASL 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 € 140.000** (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 MILLENNIUMi srl e relativo COD. PRODOTTO _____

6) Richiesta per lotto unico sì no più lotti

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

8) COSTO PRESUNTO: _____ circa € 139.000

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE PLURIENNALE CASIONALE IN ATTESA DI ESPLETAMENTO GARA REGIONALE CND C

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

11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy): SCHEDA TECNICA _____

Firma del Direttore Dipartimento/P.O./Servizio U.O. "San Francesco" Nuoro
 U.O. "San Francesco" Nuoro
 Dirigente Medico
 Dott. Costantino *[Signature]*

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 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)

[Signature]

**ASL Nuoro
OSPEDALI
Direzione Medica
Dirigente Medico
Dott. Al Omary Amjad**

PARTE RISERVATA ALLA Direzione Servizio Farmacia ospedaliera ASL Nuoro (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta ai fini della restituzione/integrazione/completamento ella richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole)

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)

[Signature]

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

Firma del Direttore ASL Nuoro
