

Nuoro, 29/03/2024_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 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 sistema decontaminazione con vuoto

Visto il fabbisogno della SC di Anestesia e Rianimazione per sistemi di aspirazione e decontaminazione con controllo del vuoto, nelle more di procedura di gara centralizzata per la CND R di cui si attende bando pubblico da parte della Azienda cprofilata AOU Cagliari, si presenta richiesta di acquisto

L'importo della fornitura annua è stimabile in € 16.200,00 + IVA 22%.

Ultimo fornitore ditta TERAPON

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. 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 si no X

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
1800		AS1720T	70704/R0501	Sistema di decontaminazione con controllo del vuoto

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'invio 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) 17820 Euro

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 x no

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

—

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI

8) COSTO PRESUNTO:

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE PLURIENNALE X 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
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
Struttura Complessa
Anestesia e Rianimazione
Dirigente Medico
Dot. Peppino Paffi

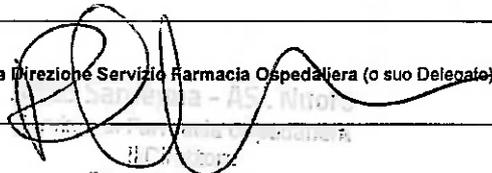
N.B.: Le Direzioni P.O.U.O. San Francesco di Nuoro e del Servizio Farmaceutico Ospedaliero per quanto di propria competenza qualora rilevino che la presente richiesta evidenzia la necessità di annotazioni e/o di elementi mancanti (da integrare/completare), provvederanno alla sua restituzione/integrazione/completamento 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 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 ASSL Nuoro

**SCHEDA TECNICA
AS1720T**

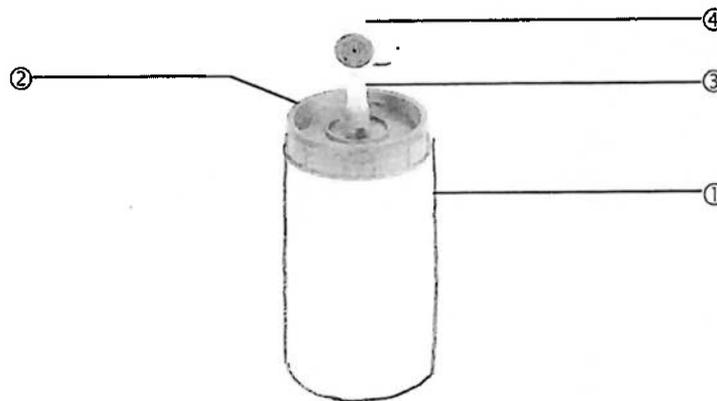
Marcatura CE
dall'organismo
notificato G-MED



ASPIPACK CON CONTROLLO DEL VUOTO INTEGRATO

CLASSIFICAZIONE MARCATURA CE : IS

SENZA LATEX



MATERIALI UTILIZZATI :

- ① FLACONE IN PE.
- ② TAPPO IN PP CON TUBO PESCANTE IN PVC, LUNGHEZZA: 16 cm, DIAMETRO INTERNO: 4,50 mm, DIAMETRO ESTERNO: 6,80 mm E FILTRO IDROFOBO CON SUPPORTO IN PP.
- ③ TUBO IN SI, LUNGHEZZA: 4 cm, DIAMETRO INTERNO: 8 mm, DIAMETRO ESTERNO: 12 mm.
- ④ VALVOLA DI ARRESTO DEL VUOTO A MEMBRANA : CORPO IN ABS TRASPARENTE, CAPPOTTO IN ABS FUCSIA E GIUNTURA IN NITRILE NERO.

METODO DI STERILIZZAZIONE :

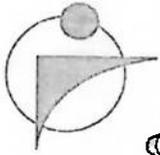
OSSIDO DI ETILENE

Validità e controllo di routine della sterilizzazione secondo la Normativa Europea EN 550.

- * Verificare l'integrità del blister prima dell'uso. * Non risterilizzare. * Gettare dopo l'uso.
- * Durata di validità: 5 anni
- * Tempo di utilizzazione raccomandata: 24 ore

CONFEZIONAMENTO:

Blister singolo : 1 lato in carta , 1 lato trasparente
Quantità: 45 pz per cartone.



CAIR ITALIA s.r.l.



Commercializzazione
Dispositivi Medici

Praglia di Teolo, 28.06.2017

A chi di competenza

OGGETTO: Dichiarazione aspipack

Cair Italia s.r.l. dichiara che il prodotto commercializzato:

ASPIPACK CON CONTROLLO DEL VUOTO INTEGRATO - Codice AS1720T

- Che per le loro caratteristiche tecnico, qualitative e funzionali, così come configurati, in base alle nostre attuali conoscenze, risultano essere unici ed esclusivi sul mercato.
- Che è un dispositivo di classe I, marchio CE conformi ai requisiti della direttiva 93/42/CEE e successivi emendamenti.
- Che è registrato al Ministero della Salute con CND n. R0580, Numero di Repertorio 70704.
- Che è privo di lattice e Il livello residuo di ftalati è conforme alla regolamentazione REACH (meno dello 0,1% p/p).

Cordiali saluti

CAIR ITALIA s.r.l.

CAIR ITALIA s.r.l.

"Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società CAIR LGI. SA."
Via S. Benedetto, 45/c - z.i. selve 35037 Praglia di Teolo (Pd) - Tel. 049 9903426 r.a. - Fax 049 9903458
www.cairitalia.it - e-mail: info@cairitalia.it - Pec: cair@pec.gdpitalia.com
P. IVA 03277950287- Reg. Imp. PD n. 03277950287 - R.E.A. PD n. 296884
Capitale Sociale € 338.000 i.v.