

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 Generale ASL N3 di Nuoro
 Al Direttore del Servizio Giuridico Amm.vo
 Al Dirigente SC.Provveditorato – ASL 3 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: **SC PNEUMOLOGIA**

 2) DIRETTORE: **DOTT.SSA MARIA CRISTINA MONNI**;

 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 sì no

| QUANTITA' | CODICE AREAS | REFERENZA | RDM/CND/REPERTORIO | Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche) |
|-----------|--------------|-----------|--------------------|--|
| 3000 | | | | BOCCAGLI NEUMOFILT ERGO MEDGRAPHIC |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 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 sì no

 In caso affermativo specificare DITTA **TE.S MED SNC** e relativo COD. PRODOTTO **1224/100**

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI: _____

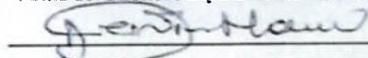
8) COSTO PRESUNTO: _____

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): _____

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


ASL N. 3 - Nuoro
 P.O.U. "C. Zonchello" - Nuoro
 Dott.ssa M. Cristina Monni
 Direttore
 S.C. Pneumologia Nuoro

PARTE RISERVATA ALLA Direzione Distretto (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta al fine della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole).

Firma Direzione Distretto (o suo Delegato)

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro
