

Nuoro, \_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_

al Dir Serv. Provveditorato ASL Nuoro  
p.c.  
al Dir. Sanitario ASL Nuoro  
al Dir Amministrativo 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 acquisto reagenti per Anatomia Patologica**

Facendo seguito alla richiesta del Direttore della Anatomia Patologica, allegata alla presente, si richiede l'attivazione di una procedura d'acquisto per coloranti/reagenti necessari alle attività del laboratorio di anatomia patologica.

In linea con le esigenze pratiche del laboratorio e tenendo conto dell'importo esiguo, proponiamo di moltiplicare per tre le quantità indicate nella programmazione al fine di garantire una copertura sufficiente per l'intero periodo contrattuale.

Si allega il preventivo acquisito dal fornitore Diapath per la Vostra valutazione e approvazione.

In attesa di riscontro si porgono

distinti saluti

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

**MODULO RICHIESTA ACQUISTOBENE / 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  
Alla Direzione Servizio Farmaceutico Ospedaliero**

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: ANATOMIA PATOLOGICA \_\_\_\_\_;

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Dott.ssa Canu Luisa \_\_\_\_\_;

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  sì  no

QUANTITA	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
15		C0365		Eosin G Or y Polychromatic 1% Aqueous Lt
15		C0285		Harris Hematoxylin 2,5 Lt
15	121152	F0047		Formalina 10 % neutra tamponata 10 lt
2	932967	R0023		Acido acetico glaciale 1 lt
3	1181476	C0623		Schiff reattivo 1 lt
2	1181478	P0033		Bouin soluzione fissativa 1 lt
6	1181481	D0056		Decalcificante per osso 5 lt
3	1181490	G0163		Acido periodico 1 % 1 lt

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 ASSL 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)

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

In caso affermativo specificare DITTA Dlaphath e relativo COD. PRODOTTO \_\_\_\_\_

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI \_\_\_\_\_

- 8) COSTO PRESUNTO: \_\_\_\_\_ (€ 3488,00 + IVA 22% (TRIENNALE))
- 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)

\_\_\_\_\_ *[Firma]*

**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)

\_\_\_\_\_ *[Firma]*

**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)

\_\_\_\_\_ *[Firma]*

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro

\_\_\_\_\_