

Nuoro, _____ prot. n. _____

al Dir. Sanitario ASL Nuoro
al Dir Amministrativo ASL Nuoro
al Dir Serv. Provveditorato ASL Nuoro
e p.c. al Resp. f.f. SC Diagnostica per Immagini ASL Nuoro

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

loro sedi

Oggetto: richiesta acquisto kit biopsia mammaria stereotassica

Come da allegato fabbisogno della Direzione Sc Diagnostica per Immagini, si richiede contratto di fornitura annuale per kit necessari all'esecuzione di biopsia mammaria stereotassica. L'attività sarà legata ai volumi di prestazioni conseguenti le recenti iniziative di screening territoriale.

Potenziali fornitori noti: ditta PRODIFARM S.p.A

Importo annuo della fornitura: € 89.000,00 + IVA 22% ca

In attesa di riscontro si porgono

distinti saluti

Il Direttore S.C. Farmacia
Dott.ssa Paola Chessa
AREAS Sardegna - ASL Nuoro
Servizio di Farmacia Ospedaliera
Il Direttore
D.ssa Paola Chessa

Servizio di Farmacia Ospedaliera

Via Mannironi 08100 Nuoro

Tel. 0784 240215

farmacia.hsfnuoro@aressardegna.it

ASL3 - Nuoro
Data: 2024-05-07 07:11:36.0 - NP/2024/1698

MODULO RICHIESTA ACQUISTO
BENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA
NON DI RILEVANZA Ares e per importo, in ragione d'anno, inferiore a € 40.000 (IVA esclusa)
D.G. ATS n° 800 del 15/06/2018)

ASL3 NUORO
PG/2024/13028 del 19/04/2024 ore 09:46
Mitt.: AREA OSPEDALIERA

Dest.: ASL NUORO SERVIZIO PROVVEDITORAT...
Class.: 5, Fasc.: 1 del 2024

IIIa Alla c.a. del Direttore Distretto GENERALI P.O. S. FRANCESCO
c.a. del Direttore Servizio Farmaceutico Territoriale



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: _____ STRUTTURA SEMPLICE
SENOLOGIA _____;

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: _____ Dott.ssa
M.A. Calvisi _____;

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 si no

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
3 (x 5 TEST)	1225829	CKBC26SR EV		KIT 10GX15CM MAMMOTOME REVOLVE
3 (x 5 TEST)	1225788	CKBC25SR EV		KIT10GX12CM
20 (x 5 TEST)	1225787	CKBC24SR EV		KIT10GX9CM
3 (x 5 TEST)	1225830	CKBC27SR EV		KIT8GX9CM

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 si no

In caso affermativo specificare DITTA _____ **PRODIFARM S.p.A.** _____ e relativo COD. PRODOTTO _____

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

ATSSardegna - ASL Nuoro
Firma del Direttore Dipartimento/P.O./Servizio/U.O. (o suo Delegato)
U.O. Psichiatria
Direttore Medico

Dott.ssa Maria Antonietta Calvisi

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

Firma Direzione Distretto (o suo Delegato)

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

ASL Nuoro
Servizio di Farmacia Ospedaliera
Il Direttore
Dr.ssa Paola Chessa