


**BLOCCO OPERATORIO  
 SALA UROLOGIA**
**MODULO RICHIESTA ACQUISTO  
 BENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA  
 NON DI RILEVANZA ATS e per importo, in ragione d'anno, inferiore a € 140.000 (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 Struttura Complessa Provveditorato di 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: BLOCCO OPERATORIO SALA UROLOGIA

 2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DR STEFANO MALLOGI

 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 

QUANT	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
5	1089711	806625301	CND Z12019080 RDM 2281247	Cavo luce a fibre adeguato agli strumenti con attacco SNAP-ON e sgancio rapido. Diam. 2,5 mm Lungh. 3 m. Autoclavabile
2	1517339	8702524	CND Z12020799 RDM 24775	Ureterorenoscopio semirigido in acciaio con oculare disassato con doppia angolazione e sezione ovale, due canali adeguati per strumenti accessori. Misure diametro esterno 6/7,5 Fr, canale operativo 4,8 Fr, Lungh. Operativa 430 mm. Autoclavabile
3	58472	8734606	CND L1204 RDM 40613	Pinza da biopsia per uretroscopio 3-4 Fr
5 CONF. Da pezzi 10		89101	CND Z129085 RDM 2494343	Valvola membrana gialla
5 CONF. Da pezzi 10	1557321	8801	CND Z129085 RDM 2230530	Cappucci rossi fino a 7 Fr.
2		38003	CND S0199 RDM 2384551	Cestello in metallo per sterilizzazione URS semirigido 639,5 x 131,5 x 74 mm

Al 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'invio 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 MOVI SPA. e relativo COD. PRODOTTO \_\_\_\_\_

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

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

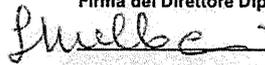
8) COSTO PRESUNTO: € 29.000,00 circa \_\_\_\_\_

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): \_\_\_\_\_ Schede Tecniche

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

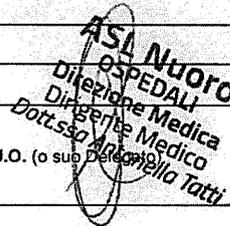


N.B.: Le Direzioni P.O.U.O. San Francesco di Nuoro e del Servizio Farmaceutico Ospedaliero per quanto di propria competenza qualora rilevino che la presente richiesta evidenzia la necessità di annotazioni e/o di elementi mancanti (da integrare/completare), provvederanno alla sua restituzione/integrazione/completamento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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro