



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 15/05/2018)

Al Direttore Generale ASL N3 di Nuoro
Al Dirigente SC.Provveditorato - ASL 3 Nuoro

URGENTE

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: DERMATOLOGIA U.O.C.
2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Maria Giovanna Atzori

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 (eccetto: 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
RICHIESTA FORNITURA PER 6 MESI

100
1000
2

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
<u>100</u>	<u>CENTO</u>	<u>2502003</u>	<u>VESALIUS</u>	<u>MANIPOLO PLURIVISO PER</u>
				<u>*L'identificativo 2501002*</u>
<u>1000</u>	<u>MILLE</u>	<u>2503003</u>	<u>VESALIUS</u>	<u>PIASTRE PER IDENTIFICATIVI 2501002</u>
<u>2</u>	<u>DUE</u>	<u>2606272</u>	<u>VESALIUS</u>	<u>PLINTE BIPOLARI PER IDENTIFICATIVI</u>

*N.B. Identificativo GENERATORE A RADIO FREQUENZA = 250002

Al fini dell'individuazione dell'esatta competenza dell'acquisto, la suddetta 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/Impianti Beni, SC Acquisti Servizi Sanitari (per i 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/INCONFERIBILE**, ex Art. 63, c. 2, lett. b), del D. Lgs. n° 50/2016 sì no
In caso affermativo specificare DITTA _____ 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: _____

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE PLURIEINIALE OCCASIONALE

10) CODICE/PROGETTO/FINANZIAMENTO: fondi di bilancio e altro strumento (specificare) _____

11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy): _____

Firma del Direttore Dipartimento/O/Servizio/U.O. (o suo Delegato)
Maria Giovanna Atzori

ASL N. 3 - NUORO
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
U.O.C. Dermatologia
Dirigente Medico
Dott.ssa Maria Giovanna Atzori

PARTE RISERVATA ALLA Direzione Distretto (Evidenziare eventuali note ed elementi mancanti nella richiesta di cui alla
restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole).

Firma Direzione Distretto (o suo Delegato)

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro

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 all'egreta alla Deliberazione D.G. ATS n° 370 del 15/05/2018)

Al Direttore Generale ASL N3 di Nuoro
Al Dirigente SC.Provveditorato - ASL 3 Nuoro

UR Revitè

Oggetto: **Richiesta d'acquisto**

N.B. a fini della privacy (dati sensibili) non indicare nei campi anagrafici di esattili destinatari richiesta (solo nome e iniziale cognome)

1) SERVIZIO / STRUTTURA / U.O. RICHIEDENTE: DERMATOLOGIA U.O.C.
2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: ATEORI MARIA GIOVANNA

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 escludibile sottobandiera ARES/ASL N. 3, che quanto richiesto non è reperibile nei magazzini aziendali (economici), farmaceutici (presso il servizio farmacia) e/o nei magazzini d'approvvigionamento presso il Servizio di Ingegneria Clinica.

4) Traccia di richiesta di acquistoologica ESSE / SERVIZIO EX D.P.C.M. 24/12/2015 sì no

RICHIESTA FORNITURA PER 6 MESI

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
1000	MILLE	00900.01	DIALTEC IEN SPA	KIT DI ASPIRAZIONE PER ASPIRATORE DI FUMI CHIRURGICI REF. 00900.01

5) In caso di individuazione dell'esatta competenza dell'acquisto, la sussultata 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 dispone 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 estrattive, elettromeccaniche, 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

6) Traccia 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 _____ e relativo COD. PRODOTTO _____

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

8) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

9) COSTO PRESUNTO: _____

10) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE PLURIENNALE OCCASIONALE

11) CODICE/PROGETTO/FINANZIAMENTO: fondi di bilancio o altro strumento (specificare) _____

12) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy) _____

ASL N. 3 - Nuoro
Firma del Direttore Dipartimento U.O. Servizio U.O. (Delegato)
Speciale San Francesco - Nuoro
Maria Giovanna Atzori
Dirigente Medico
Dot.ssa Maria Giovanna Atzori

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
