

Nuoro, _____ prot. n. _____

al Resp. Provveditorato ASL Nuoro
al Dir. Sanitario ASL Nuoro
e p.c. al Resp. SSD Endoscopia Digestiva 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 disinfettanti e detergenti per lavaendoscopi

Considerata la richiesta presentata dalla SSD di Endoscopia Digestiva, si richiede acquisto di detergenti e disinfettanti dedicati a lavastrumenti in dotazione al Servizio (vd richiesta con numero di inventario delle apparecchiature). Non sono al momento presenti contratti centralizzati ne programmazioni per i medesimi prodotti.

La richiesta risulta essere quali quantitativamente in linea con i consumi pregressi (precedenti 18 mesi di attività)

Attuale fornitore: Olympus Italia srl

Potenziali altri fornitori: non noto

Importo presunto della fornitura: € 14.200,00 + IVA 22% fabbisogno biennale

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

MODULO RICHIESTA ACQUISTO

BENE / 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: ENDOSCOPIA DIGESTIVA;

2)DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DOTTOR DAVIDE DEIANA;

3) per esigenze del suddetto Servizio/U.O., si chiede la fornitura del 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)
600 lt 40 scat	1218898		Z12029099	DISINFETTANTE OLYMPUS DETD 1 scatola contiene 3 taniche da 5 lt
375 lt 25 scat	1218874		Z12029099	DETERGENTE OLYMPUS CETD 1 scatola contiene 3 taniche da 5 lt

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'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 OLYMPUS e relativo COD. PRODOTTO TALI PRODOTTI SONO INDISPENSABILI PER IL REPROCESSING DEGLI ENDOSCOPI PER IQULI SI UTILIZZA LA LAVAENDOSCOPI OLYMPUS COD I.C. 10362-9687-10363-7067 IN DOTAZIONE.

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

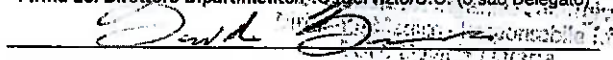
8) COSTO PRESUNTO: _____

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE X PLURIENNALE OCCASIONALE

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

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

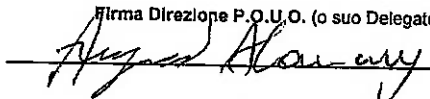
Firma del Direttore Dipartimento P.O. (Servizio/U.O. (o suo Delegato))



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.

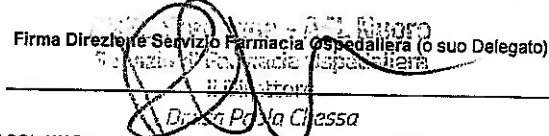
PARTE RISERVATA ALLA Direzione P.O.U.O. San Francesco di Nuoro (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta ai fini della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole).

Firma Direzione P.O.U.O. (o suo Delegato)


ASL Nuoro
OSPEDALI
Direzione Medica
Dirigente Medico
Dott. Al Omary Amjad

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)


Dr. Paola Cressa

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

Firma del Direttore ASL3 Nuoro
