

Nuoro, 16/07/2024_prot. n. _____

al Dir Serv. Provveditorato ASL Nuoro
e 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 materiali per sutura CND H03 e H90

Vista la programmazione ricevuta dal Blocco Operatorio (vari Resp. Di branca chirurgica) per materiale da sutura ed emostasi compreso nelle CND H03 e H90, nelle more della fruibilità della relativa gara CAT, attualmente in fase di valutazione congruità offerte economiche, si richiede acquisto per un fabbisogno quadrimestrale come da dettaglio allegato

In attesa di riscontro si porgono

distinti saluti

Il Direttore S.C. Farmacia
Dott.ssa Paola Chessa

Spett.le Direttore Farmacia Ospedaliera HSF
D.ssa Paola Chessa

Oggetto: Richiesta vari dispositivi

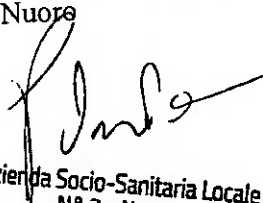

In attesa dell'espletamento della procedura telematica aperta per l'affidamento della fornitura di clip, colle e altri dispositivi medici da sutura e servizi connessi, destinata alle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione autonoma della Sardegna, (Disciplinare di gara ID 9107471), si richiede l'acquisizione da parte del provveditorato della ASL.

Come da voi richiesto allego fabbisogni semestrali dei dispositivi di cui trattasi.

Cordiali saluti

Nuoro li 10/07/2024

CPSI
Referente per approvvigionamenti e logistica
Blocco Operatorio HSF Nuoro
Graziella Pintori


 Azienda Socio-Sanitaria Locale
N° 3 - Nuoro
Piattaforma
Operating Room Management ORM

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
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

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Direttore U.O Chirurgia Gen. e d'Urgenza

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

Quant.	Codice AREAS	Referenza	RDM/CND	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
30	1227020	134051	CND H03020101 RDM 782472	Applicatore di clip Monouso per chirurgia open Misura 9.75" SurgiClip
18	7993	176619	CND H03020101 RDM 146408	Applicatore automatico di clip in titanio misura media EndoClip
60	1227021	176657	CND H03020101 RDM 790395	Applicatore automatico di clip in titanio misura media/large EndoClip
18	1227039	176625	CND H03020101 RDM 146407	Applicatore automatico di clip in titanio misura large EndoClip

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 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 no

In caso affermativo specificare DITTA Medtronic Italia S.P.A. e relativo COD. PRODOTTO _____

6) Richiesta per lotto unico sì no più lotti sì no

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

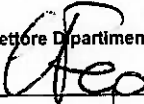
8) COSTO PRESUNTO: _____ circa € 8.000

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE PLURIENNA OCCASIONALE

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

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

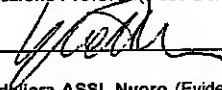
Firma del Direttore Dipartimento/P.O./Servizio/U.O. (o suo Delegato)



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.

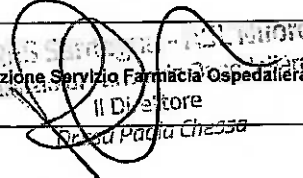
PARTE RISERVATA ALLA Direzione P.O.U.O. San Francesco di Nuoro (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta ai fini della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole).

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



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)


Il Direttore
Nuova Piazza Chiesa

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

Firma del Direttore ASL Nuoro
