

MODULO RICHIESTA ACQUISTO

BENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA

NON DI RILEVANZA ASL 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 nei estremi anagrafici di assistiti/destinatari richiesta (solo nome e iniziale cognome)

1) **SERVIZIO / STRUTTURA / U.O. RICHIEDENTE:** GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA;

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

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

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
500	1521970	N3641120		Spazzolini oullzia apertura canale MAJ-1339
15		027803		SPINA PER CANALE MH-944
10		N3627400		TAPPO DI TENUTA MH-553
10	1303122	027802		PISTONCINO SISTEMA IRRIGAZIONE MH-946
10		027801		ADATTATORE DI PULIZIA MH-948

Al fine dell'individuazione dell'esatta competenza dell'acquisto, la suddetta richiesta deve obbligatoriamente ricadere nella fattispecie di seguito indicate:

a) In prima, il bene/servizio/apparecchiatura **NON** deve essere di **rilevanza ATS** (se di **rilevanza ATS** la richiesta deve essere preventivamente trasmessa alla Direzione ASL Nuoro che disporrà per finitro 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/instrumentazione 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 OLYMPUS e relativo COD. PRODOTTO 027700

6) Richiesti per lotto unico sì no ; più lotti sì 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): _____

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 evidenzii 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.