

Nuoro, \_\_\_\_\_ 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: Fornitura kit Siringhe per iniettore TAC

Vista la programmazione ricevuta dal Direttore della U.O di Radiologia e diagnostica per immagini, si richiede l'attivazione di una procedura d'acquisto per la fornitura di kit *Siringhe medrad ZY6325-190ml Per Iniettori Di Contrasto Bayer Medrad Vistron e Vistron Plus CT*

Nella richiesta il dettaglio tecnico della programmazione.

In attesa di riscontro si porgono

distinti saluti

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

**CHESSA** Firmato digitalmente da  
**PAOLA** CHESSA PAOLA  
Data: 2024.09.12  
13:08:32 +02'00'

ASL3 - Nuoro  
Data: 13/09/2024 07:05:53 PG/2024/0028398

**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: U.O. DI RADIOLOGIA E DIAGNOSTICA PER IMMAGINI****2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DOTT.SSA M.A. CALVISI**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

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
400 FABBISOGNO ANNUALE		ZY6322		SIRINGHE MEDRAD 190ML WITH QUICK FILL TUBE

**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/REPERTORIO5) Trattasi di bene DEDICATO/ UNICO /INFUNGIBILE, ex Art. 63, c. 2, lett. b), del D: Lgs. n° 50/2016  siIn caso affermativo specificare **BAYER** e relativo COD. PRODOTTO \_\_\_\_\_6) Richiesta per lotto unico  si  ; più lotti  no7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI Diagnostica Tac

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): \_\_\_\_\_

**ASL N. 3 - Nuoro**  
 Ospedale "San Francesco" - Nuoro  
 Firma del Direttore Medico/Responsabile Servizio U.O. (o suo Delegato)  
 Dirigente Medico  
 Dott.ssa Maria Antonietta Calvisi

N.B.: Le Direzioni P.O.U.O. San Francesco di Nuoro e del Servizio Farmaceutico Ospedaliero per quanto di propria competenza qualora ritengono 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).

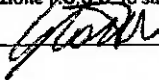
---

---

---

---

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



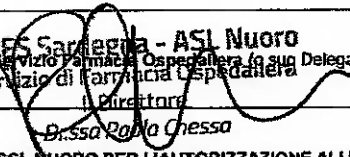
**PARTE RISERVATA ALLA Direzione Servizio Farmacia ospedaliera ASL Nuoro** (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta ai fini della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole)

---

---

---

---

**APES Sarruledda - ASL Nuoro**  
Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)  
Servizio di Farmacia Ospedaliera  
Il Direttore  
  
D.ssa Paola Chessa

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro

---

*[Faint, illegible text]*