

Nuoro, \_\_\_\_\_prot. n. \_\_\_\_\_

al Dir Generale ASL Nuoro  
al Dir. Sanitario ASL Nuoro  
al Dir Amministrativo ASL Nuoro  
Al Dir. Provveditorato ASL Nuoro  
e p.c. al Resp. SSD Radiologia angiografica ASL Nuoro

loro sedi**DIRETTORE GENERALE**

Dott.ssa Annamaria Tomasella

**DIRETTORE SANITARIO**

Dott. Giuseppe Dessi

**DIRETTORE****AMMINISTRATIVO**

Dott. Attilio Murru

**Dipartimento Del Farmaco****Direttore**

Dott.ssa Ninfa Di Cara

**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 guide per PTA

Facendo seguito all'allegato fabbisogno della SSD di Radiologia angiografica, si richiede acquisto di guide per angioplastica periferica (PTA). Il materiale non è compreso in gare o convenzioni attive a valenza regionale ma inserito nel fabbisogno richiesto dalla ARES Sardegna per nuova procedura CND C attualmente non ancora bandita.

## Possibili fornitori:

- ditta Memis

Il Direttore S.C. Farmacia

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) **STRUTTURA / U.O. RICHIEDENTE:** SSD Radiologia Interventistica;

2) **DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE:** Giovanni Dui ;

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)
20		M001468520		Guide <b>TM ControlWire V18 200 cm 8 cm</b>
20		M001468580		Guide <b>TM ControlWire V18 200 cm 12 cm</b>
20		M001468540		Guide <b>TM ControlWire V18 300 cm 8 cm</b>
20		M001468600		Guide <b>TM ControlWire V18 300 cm 12 cm</b>
10		H7493921671 8210		<b>V-14TM ControlWire 182</b>
10		H7493921671 8220		<b>V-14TM ControlWire 182</b>
10		H7493921673 0010		<b>V-14TM ControlWire 300</b>
10		H7493921673 0020		<b>V-14TM ControlWire 300</b>
10		H7493921691 8210		<b>V-14TM ControlWire 182</b>
10		H7493921691 8220		<b>V-14TM ControlWire 182</b>
10		H7493921693 0010		<b>V-14TM ControlWire 300</b>
10		H7493921693 0020		<b>V-14TM ControlWire 300</b>

Ai 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/REPERTORIO

www.aslnuoro.it

5) Trattasi di bene DEDICATO/UNICO/INFUNGIBILE, ex Art. 63, c. 2, lett. b), del D: Lgs. n° 50/2016 **si** **no**

In caso affermativo specificare DITTA MEMIS e relativo COD. PRODOTTO \_\_\_\_\_

6) Richiesta per lotto unico si

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI \_\_\_\_\_

8) COSTO PRESUNTO: 23000 EURO

9) FABBISOGNO: ANNUALE

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 evidenzi 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 ASSL 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)

\_\_\_\_\_

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

Firma del Direttore ASL3 Nuoro

\_\_\_\_\_