

Nuoro, 01/08/2024_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 cateteri venosi centrali

Vista la programmazione ricevuta dai Dipartimenti Chirurgico e Servizi per cateteri venosi centrali, considerata la vacanza contrattuale e l'attribuzione della pertinenza alla ARNAS G Brotzu come ASL Capofila nella gestione della relativa procedura d'acquisto sovra aziendale (CND C01), si propone procedura d'acquisto per fornitura annua in considerazione dello stato di avanzamento della gara di cui sopra: non ancora indetta.

L'importo presunto annuo ammonta a circa € 27.000,00 + IVA 22%

In allegato indicate le referenze da ultimo fornitore ditta TELEFLEX

Ulteriori potenziali fornitori:

BBRAUN
CLINILAB

In attesa di riscontro si porgono

distinti saluti

Il Direttore S.C. Farmacia
Dott.ssa Paola Chessa
Farmacia Ospedaliera - ASL Nuoro
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: Servizio Farmacia Ospedaliera;

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Dott.ssa Paola Chessa;

 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)
100	1544843	CV-15955	C01020202	Cateteri venosi centrali 5 vie
100	1322959	CS-15854E	C01020202	Cateteri venosi centrali 4 vie
400	1265219	CS-15703E	C01020202	Cateteri venosi centrali 3 vie
100	1510224	CS-12702E	C01020202	Cateteri venosi centrali 2 vie 16 CM
200	1510223	CS-16702E	C01020202	Cateteri venosi centrali 2 vie 20 CM
200	1510220	ES-04301	C01020202	Cateteri venosi centrali monovia
20	1510225	CS-15553	C01020202	Cateteri venosi centrali 3 vie pediatrico
20	1320762	CS-15402E	C01020202	Cateteri venosi centrali 2 vie pediatrico
20	1447041	ES-04650	C01020202	Cateteri venosi centrali monovia pediatrico

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 € 140.000** (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 **si** **no x**

In caso affermativo specificare DITTA _____ e relativo COD. PRODOTTO _____

 6) Richiesta per lotto unico **si** **no** ; più lotti **si** **no**

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

8) COSTO PRESUNTO: euro 27.000,00

 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

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

Dipartimento dei Servizi Ospedalieri
Dipartimento Anestesia e Rianimazione

N.B.: **U.O. Anestesia e Rianimazione** di Nuoro e del Servizio Farmaceutico Ospedaliero per quanto di propria competenza qualora rilevino che la presente richiesta senza 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.

DIPARTIMENTO CURE CHIRURGICHE
Ospedale San Francesco
Assl Nuoro
Direttore: **Dot. Antonio Onorato Succu**

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)

ARES Sardegna - ASL Nuoro

Servizio di Farmacia Ospedaliera

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)
Il Direttore

Drs.ssa Paola Chessa

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro
