

Nuoro, _____ prot. n. _____

al Dir Generale ASL Nuoro
al Dir. Sanitario ASL Nuoro
al Dir Amministrativo ASL Nuoro
al Dir. SC Provveditorato 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 trasduttori di pressione

Nelle more della definizione della gara ARES per la CND C (elaborato criteri di valutazione per gara ARES CND 2024) si richiede acquisto di trasduttori di pressione mono e due vie per varie UUOO. I dispositivi devono essere forniti corredati di cavi connettori a titolo gratuito che consentano la compatibilità con i monitor in dotazione ai POO della ASL (Marchi GE, Philips, Siemens). Fabbisogno coerente con i dati di consumo pregressi del periodo ottobre 2023 – ottobre 2024.

Attuale fornitore: Ditta Dialmedica

Potenziati altri fornitori: Edwards Lifescience Italia

Importo presunto della fornitura: € 25.000,00 + IVA 22%

Il Direttore S.C. Farmacia

Dott.ssa Paola Chessa

ARES Sardegna - ASL Nuoro

Servizio di Farmacia Ospedaliera

Il Direttore

D.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: Farmacia Ospedaliera;

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: 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 sì no

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
1000 500	1320386	74.6183	C019004 - SISTEMI DI MONITORAGGIO CARDIOVASCOLARE	SET DI MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE A DUE VIE CON TRASDUTTORE + CIRCUITO PRELIEVO SANGUE ARTERIOSO DPT-6000 ABSS CODAN
1500 750	1558420	74.6033	C019004 - SISTEMI DI MONITORAGGIO CARDIOVASCOLARE	SET DI MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE MONO VIA CON TRASDUTTORE E CIRCUITO PRELIEVO SANGUE DPT-6003 CF 25 PZ CODAN

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 € 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 sì no

In caso affermativo specificare CODAN PVB CRITICAL CARE GMBH e relativo COD. PRODOTTO _____

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

 7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO

 8) COSTO PRESUNTO € 67.920,00 + IVA 5% \approx € 25.000,00 + 22% IVA

 9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE PLURIENNALE OCCASIONALE

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

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

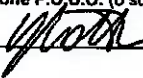
11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy): _____

ASL N. 3 - NUORO
Dipartimento dei Servizi Ospedalieri
Firma del Direttore di Assistenza Farmaceutica P.O.U. (o suo Delegato)
Dott. Peppino Puffi
Direttore

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)

ASL NUORO
Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)
Servizio di Farmacia Ospedaliera
il Direttore

Dr.ssa Paola Chessa

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro
