

Nuoro, 12/08/2024_prot. n. _____

al Dir. Generale ASL Nuoro
al Dir. Sanitario ASL Nuoro
al Dir. Amministrativo ASL Nuoro
e p.c. al Resp. SC Chirurgia Vascolare 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 palloni dilatatori/occlusori aortici

Vista la richiesta della SC di Chirurgia Vascolare per l'acquisto di palloni semicomplianti per sovradilatazione e occlusione aortica, nelle more di procedura di gara centralizzata per la CNDC per la quale è stato regolarmente trasmesso fabbisogno all'ARES, si chiede acquisto di un quantitativo utile a garantire l'assistenza per il periodo necessario al recepimento delle risultanze della gara suddetta.

L'importo della fornitura è stimabile in € 27.500,00 + IVA 22%.

Ultimo fornitore ditta MEDTRONIC spa

Distinti saluti

Il Direttore S.C. Farmacia Ospedaliera

Dott.ssa Paola Chessa

ARES Sardegna - ASL Nuoro

Servizio di Farmacia Ospedaliera

Il Direttore

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:** CHIRURGIÁ VASCOLARE;

2) **DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE:** COSTANTINO LUCA DI ANGELO;

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 **X** no

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
50	923319	AB46	repertorio: 120441/R CND: C010480	Pallone semicompiante per sovradilatazione e occlusione aortica

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'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 MEDTRONIC e relativo COD. PRODOTTO _____

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

7) **ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO** I

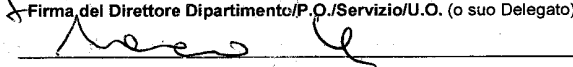
8) **COSTO PRESUNTO** € 27500. + IVA

9) **FABBISOGNO:** MENSILE SEMESTRALE ANNUALE **X** 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)

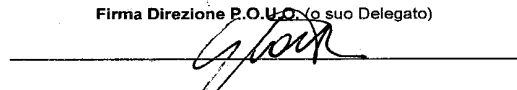


ATS Sardegna - ASL Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
U.O. Chirurgia Vascolare
Dirigente Medico
Dott. Marco Usai

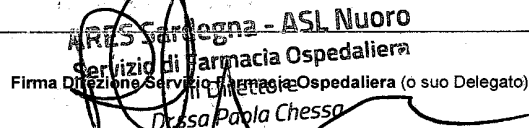
N.B.: Le Direzioni P.O.U.O. San Francesco di Nuoro e del Servizio Farmaceutico Ospedaliero per quanto di propria competenza qualora rilevino che la presente richiesta evidenzia la necessità di annotazioni e/o di elementi mancanti (da integrare/completare), provvederanno alla sua restituzione/integrazione/completamento 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)

ATS Sardegna - ASL Nuoro
Servizio di Farmacia Ospedaliera
Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)

D.ssa Paola Chessa

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro
