

**MODULO RICHIESTA ACQUISTO**

**BENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA**

**NON DI RILEVANZA Ares 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)*

**Al Direttore Generale ASL N3 di Nuoro  
Al Direttore del Servizio Giuridico Amm.vo  
Al Dirigente SC.Provveditorato – ASL 3 Nuoro**

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: \_ PENUMOLOGIA;

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: MARIA CRISTINA MONNI;

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)
15		WD0012A		ENDOCAT ATTIVATORE PER LAVAENDOSCOPI OLYMPUS
9		WD00211A		ENDODET DETERGENTE PERLAVAENDOSCOPI OLYMPUS
27		E0420002		ENDODIS DISINFETTANTE PERLAVAENDOSCOPI OLYMPUS
6		E05-SALEADD		SALE per Addolcitore – Sacco da 25 kg
4		WD00351A		Etichette per OD9 (inchiostro e carta)- conf. Da 4 inchiostro + 4 rotoli carta

**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 € 40.000 (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

In caso affermativo specificare DITTA OLYMPUS 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: \_\_\_\_\_

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**

P.O.U. "C. Zonchello" - Nuoro

*Dott.ssa M. Cristina Monni*

Direttore

**S.C. Pneumologia Nuoro**

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



PARTE RISERVATA ALLA Direzione Distretto (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta ai fini della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole).

---

---

---

---

Firma Direzione Distretto (o suo Delegato)

---

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro

---