

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) U.O. RICHIEDENTE: SSD Radiologia interventistica Ospedale Nuoro San Francesco ;

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Dott 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 ATS/ASSL, 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)
5		M001271630	73350/R - A060201	KIT FIRM Flexima™ Biliary 8F x 35cm
5		M001271640	73350/R - A060201	KIT FIRM Flexima™ Biliary 10F x 35cm
5		M001271650	73350/R - A060201	KIT REGULAR Flexima™ Biliary 8F x 35cm
5		M001271660	73350/R - A060201	KIT REGULAR Flexima™ Biliary 10F x 35cm
2		M001271540	73145/R - A060201	CATETERE FIRM Flexima™ Biliary 8F x 35cm
2		M001271550	73145/R - A060201	CATETERE FIRM Flexima™ Biliary 10F x 35cm
10		M001271560	73145/R - A060201	CATETERE Regular Flexima™ Biliary 8F x 35cm
2		M001271570	73145/R - A060201	CATETERE Regular Flexima™ Biliary 10 x 35cm
2		M001271580	73145/R - A060201	CATETERE Regular Flexima™ Biliary 12 x 35cm
2		M001271590	73145/R - A060201	CATETERE Regular Flexima™ Biliary 14 x 35cm
10		M001207020	U040101 - 80314/R	AccuStick II with .038" [0.97 mm] J-Tip Wire
10		M001207030	U040101 - 80314/R	AccuStick II with .038" [0.97 mm] Straight-Tip Wire

10		M001207100	U040101 - 80314/R	AccuStick II with .038" [0.97 mm] J-Tip and .018" [0.46 mm] Nitinol Guidewire
3		M0017600451	37175/R C0104020203	CONTOUR EMBOLI 355-500 MICRON - SOSTANZA EMBOLIZZANTE (BOX 5PZ)
3		M0017600351	37175/R C0104020203	CONTOUR EMBOLI 250-355 MICRON - SOSTANZA EMBOLIZZANTE (BOX 5PZ)
3		M0017600251	37175/R C0104020203	CONTOUR EMBOLI 150-250 MICRON - SOSTANZA EMBOLIZZANTE (BOX 5PZ)
3		M0017600151	37175/R C0104020203	CONTOUR EMBOLI 45-150 MICRON - SOSTANZA EMBOLIZZANTE (BOX 5PZ)

ASL3 - Nuoro
Data: 23/10/2024 09:33:35 Pg:2024/0033472

Al fini dell'individuazione dell'esatta competenza dell'acquistato, la succitata richiesta deve obbligatoriamente ricadere nelle fattispecie di seguito indicate:

a) In primis, il bene/servizio/apparecchiatura **NON** deve essere di rilevanza ATS (se di rilevanza ATS la richiesta deve essere preventivamente trasmessa alla Direzione ASL Nuoro che disporrà per l'invio alle competenti strutture ATS, 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 ATS.

b) Qualora NON SIA RILEVANZA ASL, 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 DITTA MEMIS e relativo COD. PRODOTTO VEDI TABELLA

6) Richiesta per lotto unico sì no

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

8) COSTO PRESUNTO: 20.000 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)

**DUI
GIOVANNI**

Firmato digitalmente
da DUI GIOVANNI
Data: 2024.10.22
10:30:00 +02'00'

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)

CATTINA GRAZIA Firma digitalmente da CATTINA
GRAZIA
CA2736C1B2227E9E22770200

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 ASSL Nuoro
