

MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

Si chiede di compilare il file in tutte le sue parti. In seguito alla compilazione, si prega di rinominare il file come segue: Struttura_Distretto/Presidio_2023 cui è riferito (es. *Cardiologia_SanFrancesco_2023_pd*) e inoltrarlo **firmato e protocollato** all'Ingegneria Clinica via mail al seguente indirizzo: **tecnologia@aslnuoro.it** firmato e protocollato.

RICHIEDENTE	
Data richiesta	
P.O./Distretto	
Struttura richiedente (U.O - Centro di Costo)	
Responsabile di struttura	
Referente	
Telefono	
Email	

DESCRIZIONE DELLA TECNOLOGIA		
Tipologia apparecchiatura	Strumentazione POCT per biologia molecolare completamente automatizzata per test in tecnologia RHAM su cartuccia monouso, per la rilevazione di diversi analiti in campioni biologici umani.	
Quantità richiesta	N. 1 Pluslife Dock Pro 8 (PM008).	
Costo presunto	13.000 euro	
livello di priorità della richiesta	<input checked="" type="checkbox"/> X <input type="radio"/> Alta <input type="radio"/> Media <input type="radio"/> Bassa	
RISORSE AGGIUNTIVE		
Per le apparecchiature biomediche specificare le risorse aggiuntive (accessori, materiali di consumo, risorse umane e risorse logistiche/impiantistiche) necessarie per l'utilizzo previsto:		
ACCESSORI: L'apparecchiatura necessita di accessori (sia hardware che software) da includere nella richiesta di acquisizione? (es. sonde ecografiche per ecografo esistente; software specifici particolari...)		
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		
Descrizione	Quantità	Costo (ivato)
Pluslife Dry Bath Incubator	1	50 euro
TOTALE		



MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

MATERIALE DI CONSUMO: L'apparecchiatura necessita di materiali di consumo?

SI NO

Descrizione Materiale	Quantità annua	Costo annuo
TOTALE		

RISORSE UMANE: L'apparecchiatura necessita di risorse umane aggiuntive?

SI NO

Se SI, specificare se è necessario assumere altro personale o organizzare corsi di aggiornamento per il personale già presente.


RISORSE LOGISTICHE/IMPIANTISTICHE: L'apparecchiatura necessita di nuovi spazi o di adeguamenti impiantistici?

SI NO

Se SI, descrivere brevemente eventuali risorse logistiche e/o adeguamenti impiantistici necessari per l'installazione dell'apparecchiatura.



MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

DESCRIZIONE DELLA RICHIESTA	
Motivazione della richiesta	 SOSTITUZIONE apparecchiature inventariate (Indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura di cui si richiede la sostituzione:  INTEGRAZIONE apparecchiature già in uso (indicare il n. di inventario dell'apparecchiatura per cui si richiede l'integrazione: Apparecchiatura di NUOVA INTRODUZIONE Apparecchiatura INFUNGIBILE
Breve descrizione della motivazione della richiesta*:	

*In caso di SOSTITUZIONE il richiedente può indicare una delle motivazioni sotto elencate:

Insicurezza: L'apparecchiatura potrebbe neuiarco di pochi mesi non essere più in grado di assicurare gli standard di sicurezza attualmente richiesti dall'attività clinica sia per cedimenti strutturali irrimediabili che per la presenza di caratteristiche intrinseche insoddisfacenti.

Obsolescenza: L'apparecchiatura risulta complessivamente datata (tipicamente più di 8 anni o più di 10 anni nel caso di grossi impianti) e pone gravi problemi di affidabilità e di efficienza manutentiva.

Scarsa produttività: Il mantenimento in attività dell'apparecchiatura non si giustifica più in quanto il mercato garantisce soluzioni più evolute in grado di ridurre i costi e/o di aumentare il numero delle prestazioni.

Prestazioni inadeguate: Il mantenimento in attività dell'apparecchiatura non si giustifica più in quanto il mercato garantisce soluzioni alternative in grado di migliorare significativamente la qualità delle prestazioni erogate.

*In caso di INTEGRAZIONE il richiedente può indicare una delle motivazioni sotto elencate:

Incremento apparecchiature#scorta: si richiede di Incrementare il numero di apparecchiature già presenti in azienda (per esempio si richiede rincremento del numero di monitor multiparametrici facenti parte di un sistema di monitoraggio centralizzato).

Miglioramento produttività/qualità: si richiede l'integrazione di un'hardware/software in grado di migliorare la produttività e la qualità delle prestazioni erogate da un'apparecchiatura già presente in azienda (Per esempio si richiede l'integrazione di un software/hardware su un sistema di diagnostica per immagini per incrementare qualità/prestazioni del sistema stesso).

Aggiornamento tecnologico: si richiede l'integrazione di un'hardware/software in grado di garantire l'aggiornamento di un'apparecchiatura già presente in azienda.

Spett.Le
Azienda Regionale Della Salute Regione Sardegna
 Via Piero Della Francesca 1
 09047 Selargius

Oggetto: Preventivo PlusLife

Con riferimento all'oggetto il sottoscritto FRANCO MACCHERONI nella sua qualità di AMMINISTRATORE DELEGATO E PRESIDENTE della società **ARROW DIAGNOSTICS S.R.L.** - con sede legale in **GENOVA, VIA FRANCESCO ROLLA 26 C.A.P. 16152 - P. IVA 01383850995 - C.F. 01383850995**, Tel. 0106671796- Fax 0106120971, iscritta al **Registro delle Imprese di GENOVA dal 14/05/2003 N. ISCRIZIONE 01383850995 - REA di GENOVA N. 405616**, con la presente formula la propria offerta:

Codice	Descrizione	Formato	Prezzo a test	Prezzo a confezione	Kit/anno	Valore totale
RM1010702-10	Strep A Nucleic Acid Test Card	10	14,00 €	140,00 €	2	280,00 €
RM1010402-10	FluA/FluB/RSV Nucleic Acid Test	10	19,00 €	190,00 €	10	1.900,00 €
RM1020802-10	GBS Strep B Nucleic Acid Test Card	10	16,00 €	160,00 €	5	800,00 €
RM1011102-10	MTBC Nucleic Acid Test Card (espettorato)	10	18,00 €	180,00 €	5	900,00 €
RM1012302-10	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS (linguale)	10	18,00 €	180,00 €	10	1.800,00 €
RM1030102-10	MONKEYPOX VIRUS NUC ACID TEST CARD	10	14,00 €	140,00 €	2	280,00 €

3 ANNI
 € 17.880,00

ARROW DIAGNOSTICS SRL
 Sede Legale ed Amministrativa: Via F. Rolla 26 16152 Genova
 Magazzino e Ufficio Tecnico: Corso Perrone 23 16152 Genova
 Tel. 010 66.71.796 Fax 010 61.20.971
 Numero d'iscrizione del Registro delle Imprese di Genova e P.I./C.F. 01383850995
 Società a Socio Unico soggetta alla direzione e coordinamento di Seegene Inc
 Cap. sociale int. vers. € 3.000.000,00

STRUMENTAZIONE

Codice prodotto	Nome commerciale	N. strumenti	Canone mensile (EUR)	N. mesi	Totale offerto (EUR)
PM008	Eight-channel POC Molecular Analyzer	1 strumento	400,00 €	12	4.800,00 €
A-PM008	Assistenza Eight-channel POC Molecular Analyzer		300,00 €	12	3.600,00 €

Totale offerta: € 14.360,00

*x 3 Anni;
25900*

Genova 15/03/2024

In fede

ARROW DIAGNOSTICS SRL



ARROW DIAGNOSTICS SRL
 Sede Legale ed Amministrativa: Via F. Rolla 26 16152 Genova
 Magazzino e Ufficio Tecnico: Corso Perrone 23 16152 Genova
 Tel. 010 66.71.796 Fax 010 61.20.971
 Numero d'iscrizione del Registro delle Imprese di Genova e P.I./C.F. 01383850995
 Società a Socio Unico soggetta alla direzione e coordinamento di Seegene Inc
 Cap. sociale int. vers. € 3.000.000,00



MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

*In caso di NUOVA INTRODUZIONE il richiedente può indicare una delle motivazioni sotto elencate:

Innovazione: l'apparecchiatura non si sostituisce ad altri ma permette al richiedente di ampliare il pannello delle prestazioni erogate con l'adozione di nuove soluzioni tecnologiche che permettono innovativi approcci diagnostico-terapeutici,

Produttività: l'apparecchiatura richiesta, assieme alle altre già in dotazione di cui si mantiene l'uso, permette l'aumento del numero delle prestazioni o, al caso, il mantenimento della produzione con riduzione delle risorse necessarie all'erogazione.

Nuove prestazioni: l'apparecchiatura non si sostituisce ad altre, non rappresenta necessariamente un'innovazione dal punto di vista tecnologico o dell'approccio diagnostico-terapeutico, ma permette al richiedente di ampliare il pannello delle prestazioni erogate.

*In caso di INFUNGIBILITA' si chiede di specificare nel dettaglio le caratteristiche dell'apparecchiatura e le motivazioni dell'infungibilità.

Il Responsabile di struttura

**MODULO RICHIESTA ACQUISTOBENE /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.: al 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: _____

2) DIRETTORE/RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE _____

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 O.P.C.M. 24/12/2015 (vedasi offerta allegata) no

QUANTITÀ	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (alleare documentazione soecifiche tecniche)
5			CND: W0105011104; RDM: 2427433	Pluslife GBS Nucleic Acid Test Card (10 test) (RM1020802-10)
10			CND: W0105010703; RDM: 2491805	Pluslife Mycobacterium Tuberculosis Nucleic Acid Test Card (10 test) (RM1011102-10) da espettorato
10			CND: W0105070304; RDM: 2386280	Pluslife Influenza A/Influenza B/RSV Nucleic Acid Test Card (10 test) (RM1010402-10)
2			CND: W0105011103; RDM: 2427444	Pluslife Strep A Nucleic Acid Test Card (10 test) (RM1010702-10)
10			CND: N.D.; RDM: N.D.	Pluslife Mycobacterium Tuberculosis (10 test) (RM1012302-10) da tampone linguale
2			CND: W0105040599; RDM: 2427452	Pluslife Monkeypox virus nucleic acid test card (10 test) (RM1030102-10) da tampone linguale

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 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 ATS, 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 Arrow Diagnostics SRL relativo COD. PRODOTTO Si faccia riferimento all'offerta allegata

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI Si faccia riferimento all'offerta allegata

8) COSTO PRESUNTO: 17.000 € (Si faccia riferimento all'offerta allegata)

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): _____

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

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 al 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 al fini della restituzione/Integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole)

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)

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

Firma del Direttore ASL Nuoro