



**MODULO RICHIESTA ACQUISTO**  
**BENE/SERVIZIO/APPARECCHIATURA**  
**NON DI RILEVANZA ATS e per importo, in ragione d'anno, inferiore a € 40.000,00 (Iva esclusa)**  
(Rif. Tabella 3 allegata alla Deliberazione D.G. ATS n° 800 del 15/06/2018)

LJ \_\_\_\_\_ prot. n°NP/ \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

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 ed iniziale cognome).

- 1) SERVIZIO/STRUTTURA/U.O. RICHIEDENTE: U.O.C. PEDIATRIA
- 2) DIRETTORE/RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Dot. Antonio Cuelbu.

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 d'acquisto tipologia BENE/SERVIZIO EX D.P.C.M. 24/12/2015:  sì  no

Q.tà	Codice AREAS	RDM/CND/Reperitorio	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
700		712159099	KIT MONOUSO VENTILAZIONE CON CONVERTORE A T COMPATIBILE RESPIRATORE NEO PUFF Fisher & Paikel

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 ATS** (se di rilevanza ATS la richiesta deve essere preventivamente trasmessa alla Direzione ASSL Nuoro che disporrà per l'invio alle competenti strutture ATS, ovvero: SC Acquisti Beni (per tutti i beni), SC Acquisti Servizi Sanitari (per i 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 DI RILEVANZA ATS il bene/dispositivo/apparecchiatura, etc. richiesto deve avere un costo presunto di **IMPORTO ANNUO inferiore a € 40.000,00** (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 \_\_\_\_\_ e relativo COD. PRODOTTO \_\_\_\_\_

T. piece

6) Richiesta per lotto unico si  no  ; più lotti si  no   
7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI:

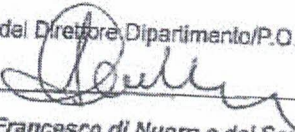
8) COSTO PRESUNTO : € 1400

9) FABBISOGNO: MENSILE  SEMESTRALE  ANNUALE  PLURIENNALE  OCCASIONALE

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

16) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy):

ATS Sardegna - ASL Nuoro  
Ospedale "San Francesco" - Nuoro  
U.O. Pediatria - TIN  
Direttore  
Dott. Antonio Cualbu



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  
Firmato digitalmente da CATTINA GRAZIA  
Data: 2021.09.01 18:01:22 +0200

**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).

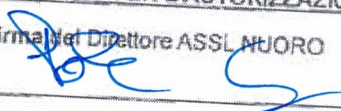
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo delegato)

\_\_\_\_\_

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

Firma del Direttore ASL NUORO



\_\_\_\_\_

