



ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSSL Nuoro

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)

del _____

ASL3 NUORO

NP. 2022/237 del 26/01/2022 ore 10.39

Mitt.: Dipartimento Area Medica

Ass.: Direzione Generale - Segreteria

Class.: 5



Alla Direzione P.O.U.O. San Francesco di Nuoro

Alla Direzione Servizio Farmaceutico Ospedaliero

ALLA SC GIURIDICO AMMINISTRATIVA

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:

DERMATOLOGIA

2) DIRETTORE/RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE:

DOSSA MARIA GIOVANNA AFZORU

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: si / no /

Q.tà	Codice AREAS	RDM/CND/Repertorio	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
2			CONTENITORI PER AZOTO LIQUIDO 20L
1			SPILLATORE COMPATIBILE CON I CONF. WUSO LAB20
4			CRIOSTATI DA 500 ML

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 ASSSL 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 si / no /

In caso affermativo specificare DITTA _____ e relativo COD. PRODOTTO _____

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI: PER LA CRIOTERAPIA DELLE MALATTIE TUMORALI E VIRALI - N.B. MONTEMITONI E SPILANTONI DEVONO ESSERE COMPATIBILI

8) COSTO PRESUNTO : _____;

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): _____;

LA RICHIESTA NIVESTE CARATTERE D'URGENZA

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

Marie Poma

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 evidenzi 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 ATS Sardegna (o suo delegato)

Azienda Tutela Salute
ASSL Nuoro
Presidio Ospedaliero Unico

IL DIRETTORE
Grazia Cattina

Grazia Cattina

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

[Firma]

URGENTE PER LA
SICUREZZA



ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSSL Nuoro

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)

del _____

ASL3 NUORO
NP 2022/458 del 11/02/2022 ore 10,17
Mitt.: Dipartimento Area Medica
Ass.: Direzione Generale - Segreteria



Alla Direzione P.O.U.O. San Francesco di Nuoro

~~Alla Direzione Servizio Farmaceutico Ospedaliero~~
ALLA SC GIURIDICO AMM. VO

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: DERMATOCORIA
- 2) DIRETTORE/RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: FF. MARIA GIOVANNA AFONSO

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: si / no /

Q.tà	Codice AREAS	RDM/CND/Repertorio	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
2			BUANTI PER CRIOITERAPIA
2			VISIERA PER CRIOITERAPIA
2			BREMBIULE PER CRIOITERAPIA

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 ASSSL 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 si / no /

In caso affermativo specificare DITTA _____ e relativo COD. PRODOTTO _____

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

PER LA SICUREZZA DELL'OPERATORE SANITARIO.

- 8) COSTO PRESUNTO : _____
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): _____

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

Maria Giovanna Atzori

ASS Sardegna - ASL Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
U.O. Dermatologia
Dirigente Medico
Dott.ssa Maria Giovanna Atzori

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)

[Signature]

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

[Signature]
