

*Urgente!*

**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)**

ASL3 NUORO  
NP: 2022/659 del 25/02/2022 ore 10.31  
Mitt.: AREA OSPEDALIERA

Ass.: Direzione Generale - Segreteria

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) SERVIZIO / STRUTTURA / U.O. RICHIEDENTE: Radiologia e Diagnostica per Immagini;

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Giovanni Dui;

3) per esigenze del suddetto Servizio/U.O., si chiede la fornitura **Urgente** dei seguenti beni 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  sì  no

QUANTITA'	CODICE AREAS	RDM/CND/ REPERTORIO	REFERENZA	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
2	(non codificato)	C0104020203	542102	Spirali Stryker Nano 360 1
2	(non codificato)	C0104020203	542103	Spirali Stryker Nano 360 2
4	(non codificato)	C0104020203	542152	Spirali Stryker Nano 360 3
2	(non codificato)	C0104020203	542153	Spirali Stryker Nano 360 4
2	(non codificato)	C0104020203	542154	Spirali Stryker Nano 360 5
2	(non codificato)	C0104020203	544203	Spirali Stryker Nano 360 6
2	(non codificato)	C0104020203	544204	Spirali Stryker Nano 360 7
2	(non codificato)	C0104020203	544254	Spirali Stryker Nano 360 8
2	(non codificato)	C0104020203	544304	Spirali Stryker Nano 360 9
2	(non codificato)	C0104020203	544306	Spirali Stryker Nano 360 10
2	(non codificato)	C0104020203	544356	Spirali Stryker Nano 360 11
4	131972	C0104020202	168189	Micro catetere Excelsior SL10
2	132050	C0104020202	168190	Micro catetere Excelsior SL10
2	(non codificato)	C0104020202	C1775ST	Micro catetere Excelsior XT 17
2	(non codificato)	C0104020202	C177545	Micro catetere Excelsior XT 17
4	1382690	C0104020202	144189	Micro catetere Excelsior 10 18
4	1382722	C0104020202	144190	Micro catetere Excelsior 10 18

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 ARES (se di rilevanza ARES la richiesta deve essere preventivamente trasmessa alla Direzione ASL 3 Di Nuoro che disporrà per l'incitro 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  sì  no

In caso affermativo specificare DITTA Memis e relativo COD. PRODOTTO \_\_\_\_\_

6) Richiesta per lotto unico  sì

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI \_Device di distacco delle spirali



- 8) COSTO PRESUNTO: \_\_\_\_\_
- 9) FABBISOGNO: MENSILE 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) \_\_\_\_\_  
 DUIGNN58C29B354A/6  
 200950005456000.1xAT  
 LIKhYjdCHYG  
 +acdum396yAo=

Firmato digitalmente da  
 DUIGNN58C29B354A/620095000  
 5456000.1xATLIKhYjdCHYG  
 +acdum396yAo=  
 Data: 2022.02.25 09:24:03 +01'00'

**N.B.:** Le Direzioni P.O.U.O. San Francesco di Nuoro e del Servizio Farmaceutico Ospedaliero per quanto di propria competenza qualora riferino 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) \_\_\_\_\_



**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 3 Nuoro \_\_\_\_\_