

Nuoro, /01/2022 prot. n. _____

Al Resp Dipartimento Farmaceutico
Dr.ssa N.A. Dicara
sede

**AREA SOCIO SANITARIA
LOCALE di NUORO**
DIRETTORE GENERALE
Dott. Paolo Cannas

Oggetto: acquisto materiale CND S per la SC di Urologia

Farmacia Ospedaliera
P.O. "S. Francesco"
Nuoro
Tel. 0784240528

Per la macchina sterilizzatrice ad acido peracetico, proprietà della ASSL Nuoro, modello STERIS (inv NU 0006321) assegnata alla SC di Urologia del PO San Francesco; rilevato che non può essere utilizzato materiale di consumo diverso da quello prodotto e commercializzato dalla ditta Steris s.r.l.; vista la richiesta datata 13.01.2022 redatta e sottoscritta dal Resp f.f. S.C. Urologia nonché asseverata dalla Direzione di POU, si inoltra per parere proposta di acquisto del materiale di cui sopra per un valore annuo di € 4.812,90 + IVA 22% in coerenza con i consumi sostenuti nell'esercizio 2021.

Farmacia Ospedaliera
P.O. "S. Camillo"
Sorgono
Tel. 0784623328

In attesa di riscontro si porgono
distinti saluti

*PARERE
FAVOREVOLE
ND*

I Dirigenti Farmacisti - SC Farmacia Ospedaliera - P.O. San Francesco

Drssa Pietrina Deiana

Pietrina Deiana

Drssa Paola Chessa

Paola Chessa

Drssa Sara Sanna

Sara Sanna

Dr Giuseppe Mulargia

Giuseppe Mulargia

Drssa Laura D.G. Milia

Laura D.G. Milia

Si consiglia
[Signature]

SALUTE ARES-AZIENDA REGIONALE DELLA :
NP. 2022/158 del 20/01/2022 ore 12,35
Mitt.: SC Servizio Farmaceutico Osped/li.
Ass : Dipartimento del Farmaco
Class.: 1. Fasc. 48 del 2022



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)

Lu Nuoro 13-01-2019, 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: UROLOGIA P.O. S. FRANCESCO

2) DIRETTORE/RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DOT. GIAMPAOLO COSSU

3) Per esigenze del suddetto Servizio/U.O., si chiede la fornitura dei seguenti beni/servizi (barrare parte di 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)
200 PARTICHE CONF.	122571	S4001	CARTUCCE STERIS S4001
4 CONF.	122628	LCC023	KIT INDICATORI CHIMICI LCC023
1 CONF.	128403	LCB025	KIT INDICATORI BIOLOGICI LCB025

Al fine 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'inoltro 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 STERIS S.R.L. (MI) relativo COD. PRODOTTO _____

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

8) COSTO PRESUNTO : € 4.812,90 + IVA 22%

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. (o suo delegato)

ASL NUORO
 P.O. R.C. di
 San Francesco
 di Nuoro
 P.O. Ospedaliere

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)

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