

ASL3 NUORO
NP. 2022/293 del 31/01/2022 ore 12.35
Mitt.: AREA OSPEDALIERA
Ass.: Direzione Generale - Segreteria



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

Oggetto: Richiesta DI NOLEGGIO PER DEFIBRILLATORE AUTOMATICO INDOSSABILE "LIFE VEST" PER IL PAZIENTE S.E.

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: U.O. CARDIOLOGIA

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: D.SSA GRAZIA CATTINA

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 D.P.C.M. 24/12/2015 si no

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFEREN ZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
NUMERO UNO DISPOSITIVO A NOLEGGIO			CND: Z12030503 NUMERO REPERTORIO NAZIONALE: 1084886	DEFIBRILLATORE AUTOMATICO INDOSSABILE "LIFE VEST"
ms				

Ai fini dell'individuazione dell'esatta competenza dell'acquisto, la suddetta 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 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 /UNICO/ ex Art. 63, c. 2, lett. b), del D. Lgs. n° 50/2016 al X

no

In caso affermativo specificare DITTA : ZOLL MANUFACTURING CORPORATION DISTRIBUITO IN ITALIA DA ZOLL MEDICAL e relativo COD. PRODOTTO _____

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI TUTTO INCLUSO NELLA CONFEZIONE DEL DISPOSITIVO

8) COSTO PRESUNTO: _____

9) FABBISOGNO: MENSILE
OCCASIONALE ☒

SEMESTRALE

ANNUALE

PLURIENNALE

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 ai fini della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole).

Firma DIREZIONE P.O.U. (o suo Delegato) _____

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

Firma del DIRETTORE GENERALE - ASSL NUORO _____

ASL3 NUORO
NP.2022/184 del 19/01/2022 ore 12.45
Mitt.: Direzione Medica di Presidio Unico
Ass.: Servizio Giuridico Amministrativo
Class.: 5.



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

Oggetto: Richiesta di noleggio per defibrillatore automatico indossabile "LIFE VEST" PER IL PAZIENTE B.U.

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: U.O.CARDIOLOGIA

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: D.SSA GRAZIA CATTINA

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 D.P.C.M. 24/12/2015 si no

QUANTITA'	CODICE AREA S	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
NUMERO 1 DISPOSITIVO A NOLEGGIO PER 3 MESI			CND : Z12030503 NUMERO DI REPERTORIO NAZIONALE: 1084886	DEFIBRILLATORE AUTOMATICO INDOSSABILE "LIFE VEST"

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 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 UNICO, ex Art. 63, c. 2, lett. b), del D. Lgs. n° 50/2016 SI x NO

In caso affermativo specificare DITTA : ZOLL MANUFACTURING CORPORATION DISTRIBUITO IN ITALIA DA ZOLL MEDICAL
e relativo COD. PRODOTTO _____

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI TUTTO INCLUSO NELLA CONFEZIONE DEL DISPOSITIVO

8) COSTO PRESUNTO: _____

9) FABBISOGNO: MENSILE
OCCASIONALE x

SEMESTRALE

ANNUALE

PLURIENNALE

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 ai fini della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole).

Firma Direzione P.O.U. (o suo Delegato)

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

Firma del DIRETTORE GENERALE - ASSL NUORO

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



Oggetto: Richiesta DI NOLEGGIO PER DEFIBRILLATORE AUTOMATICO INDOSSABILE "LIFE VEST" PER LA PAZIENTE M.P.

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: U.O. CARDIOLOGIA

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: D.SSA MARIA LETIZIA STOCHINO

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 D.P.C.M. 24/12/2015 ☐ si ☐ no

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFEREN ZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
NUMERO UNO DISPOSITIVO A NOLEGGIO PER 3 MESI			CND: Z12030503 NUMERO DI REPERTORIO NAZIONALE: 1084886	DEFIBRILLATORE AUTOMATICO INDOSSABILE "LIFE VEST"

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 ASSL 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 /UNICO/ ex Art. 63, c. 2, lett. b), del D. Lgs. n° 50/2016 ☒ sì ☐ no

In caso affermativo specificare DITTA : ZOLL MANUFACTURING CORPORATION DISTRIBUITO IN ITALIA DA ZOLL MEDICAL e relativo COD. PRODOTTO _____

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI TUTTO INCLUSO NELLA CONFEZIONE DEL DISPOSITIVO

8) COSTO PRESUNTO: _____

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE PLURIENNALE
OCCASIONALE X

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

11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy): _____

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

Chelero

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).

Amjad Al Ontari
ATSSardegna - ASL Nuoro
Firma Direzione P.O.U. (o suo Delegato)
Ospedale "San Francesco" Nuoro
Direzione Sanitaria
Dirigente Medico
Dott. Amjad Al Ontari

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

Firma del DIRETTORE GENERALE - ASL NUORO

[Signature]