



+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)

All' Ufficio Giuridico Amministrativo ASSL Nuoro
Dott. Francesco Pittalis

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: **RIANIMAZIONE/ANESTESIA**

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: **DR. PAFFI PEPPINO;**

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 x

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
1			131162	Ref. 203.11.10.01 : SISTEMA AVATAR TIP LOCATOR che comprende - Ref. AC019: ECG WIRELESS - Ref. Q7 WIFI 5G: SONDA YOUKEY Q7 - Ref. L11-4KS: SONDA LINEARE

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 **DEDICATO/UNICO/INFUNGIBILE** ex Art. 63, c. 2, lett. b), del D. Lgs. n° 50/2016 si X

In caso affermativo specificare ditta **DIALMEDICA SRL** e relativo COD. PRODOTTO **131162(cod:203,11,10,01)**

6) Richiesta per lotto unico si X

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI

8) COSTO PRESUNTO: €38,860,00

9) FABBISOGNO:UNA TANTUM

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

11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy): SCHEDE TECNICHE PRODOTTO, DICHIARAZIONE DI UNIVOCITA'

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

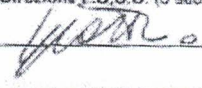


ATSSardegna - ASSL Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
U.O.C. Anestesia e Rianimazione
Direttore
Dott. Peppino Paffi

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 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

**CHERCHI
GESUINA**

Firmato digitalmente da
CHERCHI GESUINA
Data: 2021.11.12
14:02:37 +01'00'

STEFANIA CABIDDU

Da: peppino.paffi@atssardegna.it
Inviato: martedì 23 novembre 2021 11:06
A: Stefania Cabiddu
Oggetto: Fwd: Sollecito
Allegati: AVATAR.odt

Priorità: Alta

----- Messaggio originale -----

Oggetto: Sollecito
Data: 2021-11-16 13:51
Mittente: peppino.paffi@atssardegna.it
Destinatario: GESUINA CHERCHI <gesuina.cherchi@atssardegna.it>, Direzione asslnuoro <dir.asslnuoro@atssardegna.it>

Gentilissima , ti invio la richiesta di acquisto del sistema AVATAR per il posizionamento dei PICC e MIDLINE nei pazienti ospedalizzati e in domiciliare. Si rammenta che al momento non esiste un servizio per il posizionamento di tali presidi e pertanto i nostri pazienti sono costretti a rivolgersi ad altre ASSL con evidenti disagi .In attesa di riscontro da un suo intervento si porgono cordiali saluti.

Dot.Peppino Paffi

Gentilissima , le invio il sollecito mandato al Commissario Straordinario con la preghiera di sollecito riscontro. Cordiali saluti.

Dott. Peppino Paffi