

Alla Direzione *generale* ASL Nuoro

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

N.B.: ai fini della privacy (dati sensibili) non indicare mai estremi anagrafici di assistito/destinatario richiesta (solo nome e iniziale cognome)

1) SERVIZIO / STRUTTURA / U.O. RICHIEDENTE: U.O. CARDIOLOGIA

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE:

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 sì no

QUANTITA'	CODICE AREA S	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
NUMERO 1 DISPOSITIVO A NOLEGGIO PER 6 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 ASL 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 NO


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

Richiesta per lotto unico SI NO ; più lotti si NO

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

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).

 **ATSSardegna**
Azienda Tutela Salute
ASL Nuoro
Presidio Ospedaliero Unico
Firma Direzione P.O.U.O. (o suo Delegato) **DIRETTORE**
Grazia Cattina
Grazia Cattina

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 **Commissario Straordinario Ex Art. 47 L.R.24/2000 - ASL NUORO**

[Signature]