

**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.2022/1187 del 08/04/2022 ore 10.42
Mitt.: Dipartimento Area Medica
Ass.: Direzione Generale - Segreteria



Alla Direzione P.O.U.O. "San Francesco" di Nuoro
Alla Direzione Servizio Farmaceutico Ospedaliero

Oggetto: Richiesta d'acquisto URGENTE

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: LABORATORIO SPECIALISTICO EMATOLOGIA
- 2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Dottor ANGELO DOMENICO PALMAS;
- 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 AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORI O	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
3 Confezioni (6 flaconi da 50 ml)	1333882	CP-50	B99	Origen DMSO CryoPur CP-50

Al fine 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 **DEDICATO/UNICO/INFUNGIBILE** ex Art. 63, c. 2, lett. b), del D. Lgs. n° 50/2016 ☒ sì ☐ no

In caso affermativo specificare

SB Medica srl

Via Nenni 116

20841 Casalpusterleno (LO)

Tel +39 0377 402628

Fax +39 0377 480688

PEC: sbmedica@sbmedica.it

Informations & orders: info@sbmedica.com

6) Richiesta per lotto unico **si X** no ; più lotti - sì no

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI **NON APPLICABILE**

8) COSTO PRESUNTO: 3000,00 EURO

9) FABBISOGNO: MENSILE

SEMESTRALE

ANNUALE

PLURIENNALE

OCCASIONALE

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

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

ATSSardegna - ASSL Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
U.O. Ematologia
Ospedale Medico
Dott. Angelo Domenico Palmas

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

Angelo Palmas

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 al fine 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)

[Firma]

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

[Firma]