

AZIENDA SOCIO SANITARIA
LOCALE di NUORO
DIRETTORE GENERALE
Dott. Paolo Cannas

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

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

Nuoro, 19/04/2022 prot. n. _____

Al Resp Dipartimento Farmaceutico
Dr.ssa N.A. Dicara
e p.c. al Dir. Sanitario ASSL Nuoro
e p.c. al Dir Amministrativo ASSL Nuoro
loro sedi

Oggetto: acquisto "aghi per biopsia istologica" tramite SC Giuridico Amministrativa

Come da richiesta della U.O. di Diagnostica per Immagini del P.O. San Francesco, si chiede autorizzazione all'acquisto di n.960 aghi per biopsia istologica, CND A01020101 tramite Area Giuridico Amministrativa, non presente nelle programmazioni aziendali/regionali.

In attesa di riscontro si porgono
distinti saluti

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

Drssa Pietrina Deiana



Drssa Paola Chessa



Drssa Sara Sanna



Dr Giuseppe Mulargia Assente

Drssa Laura Donatella Gavina Milia



SALUTE ARES-AZIENDA REGIONALE DELLA :
NP. 2022/1229 del 19/04/2022 ore 10,59
Mitt.: SC Servizio Farmaceutico Ospedali...
Ass.: Dipartimento del Farmaco
Class.: 1. Fasc.: 48 del 2022



SALUTE ARES-AZIENDA REGIONALE DELLA :
PG/2022/32020 del 19/04/2022 ore 11,04
Mitt.: SC Servizio Farmaceutico Ospedali...
Dest.: DIRETTORE AMMINISTRATIVO ASL NUOR...
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 (IVA esclusa)
(Rif. Tabella 3 allegata alla Deliberazione D.G. ATS n° 800 del 15/06/2018)

**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 e iniziale cognome)

1)SERVIZIO / STRUTTURA / U.O. RICHIEDENTE: RADIOLOGIA AREA NUORO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

2)DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DR.SSA M.A CALVISI

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 ARES/ASL N. 3, che quanto richiesto non è reperibile nei magazzini aziendali (economali, farmaceutici, protesici, ecc.) e/o non risulta disponibile presso il Servizio di Ingegneria Clinica:

4) Trattasi di richiesta di acquisto tipologie BENE / SERVIZIO EX D.P.C.M. 24/12/2016 ☐ sì ☒ no

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
960	1117873	PRE1410	A01020101	PRECISA-AGO PER BIOPSIA ISTOLOGICA A GHIgliottina G14 L.100 MM.COD.PRE.1310

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 ARES (se di rilevanza ARES la richiesta deve essere preventivamente trasmessa alla Direzione ASL 3 Di Nuoro che disporrà per l'invio alle competenti strutture ARES, 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 ARES.

b) Qualora NON SIA RILEVANZA ARES, 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 DITTA _____ e relativo COD. PRODOTTO _____

6) Richiesta per lotto unici ☐ no ; più lotti ☐ sì ☐ no

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

8) COSTO PRESUNTO: EURO 20,160

9) FABBISOGNO: **ANNUALE**

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

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

**DUI
GIOVANNI**

Firmato digitalmente

da DUI GIOVANNI, **ASL Nuoro**
Mina del Direttore Dipartimento P.O. Servizio U.O. (o suo Delegato) **San Francesco di Nuoro**

Data: 2022.04.13

10:13:16 +02'00'

Radiologia
Dirigente Medico

N.B.: Le Direzioni P.O.U.O. San Francesco di Nuoro e del Servizio Farmaceutico Ospedaliero, in 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 ASL3 Nuoro