

**MODULO RICHIESTA ACQUISTO
BENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA**

NON DI RILEVANZA ATS e per importo in ragione d'anno, inferiore a € 40.000 (IVA esclusa)
L.G. ATS n° 800 del 15/06/2018)

ATS-AZIENDA TUTELA SALUTE
NP.2021/47405 del 06/12/2021 ore 12,55
Mitt.: SC Servizio Farmaceutico Territor...

Ass.: SC Servizio Giuridico Amministrat...
Class.: 2.11. Fasc.: 176 del 2021



**Alla Direzione P.O. "C.Zonchello" di Nuoro
Al Servizio Farmaceutico Territoriale**

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:
Elettromiografia

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DR.M.BARRACCA RIABILITAZIONE

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 X

QUANTITÀ	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
100		9013S0022	N010101	Elettrodi ad ago concentrico in acciaio inox monouso x EMG 25mm diam 0.30 affilatura ultra sharp
280		9013S0032	N010101	Elettrodi ad ago concentrico in acciaio inox monouso x EMG 37mm diam 0,5 affilatura ultra sharp
100		9013S0042	N010101	Elettrodi ad ago concentrico in acciaio inox monouso x EMG 50mm diam 0,45 affilatura ultra sharp
3		9013S0352	N010101	Elettrodi bipolari a barra hush con cavo schermato e terminale 5-pin DIN. Puntali da 2x10 mm a 30 mm di distanza.
3		9013S0402	N010101	Elettrodo di Stimolazione e Registrazione a Disco HUSH
3		9013S0302	N010101	Elettrodo ad Anello con terminazione DIN L=1m
1000		101226	N010101	Elettrodi di Terra monouso Care 310
3		019-417200		Cavo TP-Clip a Coccodrillo 1 verde
72		123-723900		3M Micropore Nastro Chirurgico Ipoallergenico L=9m
6		123-402000		3M Coban Nastro Auto Aderente L=4,5m
5		101432XL		Metro retraibile in vinile

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 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 unico sì ☐ no ☐ ; più lotti sì ☒ no ☐

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

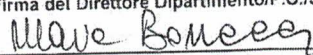
8) COSTO PRESUNTO: _____

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): _____

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.

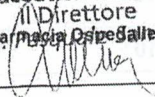
PARTE RISERVATA ALLA Direzione P.O.U.O. San Francesco di Nuoro (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta ai fini della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole).

Firma Direzione P.O.U.O. (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)

ATSSardegna ASL Nuoro
Servizio di Assistenza
Farmaceutica Territoriale

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)



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

Firma del Direttore ASL Nuoro
