

6

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

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

**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**

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


Oggetto: acquisto "ago guida sterile con kit coprisonda" 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.240 pz ago guida sterile con kit coprisonda, CND T03, tramite Area Giuridico Amministrativa, non presente nelle programmazioni aziendali/regionali.

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

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 

12/5/22
OK
S

SALUTE ARES-AZIENDA REGIONALE DELLA S
NP.2022/1228 del 19/04/2022 ore 10,56
Mitt.: SC Servizio Farmaceutico Osped li...
Ass.: Dipartimento del Farmaco
Class.: 1. Fasc.: 48 del 2022



SALUTE ARES-AZIENDA REGIONALE DELLA S
PG/2022/32018 del 19/04/2022 ore 11,02
Mitt.: SC Servizio Farmaceutico Osped li...
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** (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/REPERTORIO | Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche) |
|-----------|--------------|-----------|--------------------|--|
| 240 | 1500020 | 210.1624 | To3 | GUIDA AGO STERILE ORIGO CON KIT COPRISONDA ALL TIME ULTRAFIT 14X91,5 cm. 210-1624 ASCENDIA |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 unico sì no ; più lotti sì no

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

8) COSTO PRESUNTO: EURO- 3.600

9) FABBISOGNO: **PLURIENNALE**

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** Direttore Dipartimento "P.O. Servizio U.O. (o suo Delegato) "San Francesco" - Nuoro

Data: 2022.04.13

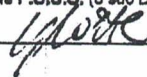
10:14:23 +02'00'

ASL Nuoro
"San Francesco" - Nuoro
Radiologia
Dipartimento Medico
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 a 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 a 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

