

**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 2022/1925 del 03/06/2022 ore 11.09  
Mitt.: Dipartimento Area Chirurgica  
Ass.: Servizio Giuridico Amministrativo



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: BLOCCO OPERATORIO SALA NEUROCHIRURGIA  
2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DR. MAURIZIO PAULIS

3) per esigere 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 ☐

Quantità	Codice AREAS	Referenza	RDM/CND	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
5	1065828	FT740T	CND H03010201 RDM 249222	CLIP PER ANEURISMA STANDARD YASARGIL PERMANENTI IN TITANIO
5	1538797	FT750T	CND H03010201 RDM 249229	" " "
5	1538798	FT760T	CND H03010201 RDM 249235	" " "
5	1538786	FT752T	CND H03010201 RDM 249230	" " "
5	1538787	FT762T	CND H03010201 RDM 249237	" " "
5	1538788	FT762T	CND H03010201 RDM 249246	" " "
5	1538789	FT744T	CND H03010201 RDM 249225	" " "
5	1538799	FT754T	CND H03010201 RDM 249232	" " "
5	1538790	FT754T	CND H03010201 RDM 249239	" " "
5	1538800	FT784T	CND H03010201 RDM 249248	" " "
5	1538801	FT748T	CND H03010201 RDM 249228	" " "
5	1538802	FT819T	CND H03010201 RDM 249256	" " "
5	1538791	FT820T	CND H03010201 RDM 249258	" " "

Quantità	Codice AREAS	Referenza	RDM/CND	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
5	1538792	FT746T	CND H03010201 RDM 249226	CLIP PER ANEORISMA STANDARD YASARGIL PERMANENTI IN TITANIO
5	1538793	FT747T	CND H03010201 RDM 249227	" " "
5	1538803	FT599T	CND H03010201 RDM 249165	CLIP PER ANEORISMA STAND. FENESTRATE YASARGIL PERMANENTI IN TITANIO
5	1538794	FT610T	CND H03010201 RDM 249171	" " "
5	1538804	FT620T	CND H03010201 RDM 249175	" " "
5	1065879	FT640T	CND H03010201 RDM 249185	" " "
5	1065880	FT650T	CND H03010201 RDM 249188	" " "
5	1538795	FT852T	CND H03010201 RDM 335758	CLIP PER ANEORISMA T-BAR YASARGIL PERMANENTI IN TITANIO
5	1538896	FT854T	CND H03010201 RDM 335762	" " "
5	1538817	FT855T	CND H03010201 RDM 335763	" " "
5	1538818	FT856T	CND H03010201 RDM 335766	" " "
5	1538805	FT710T	CND H03010201 RDM 249201	CLIP PER ANEORISMA MINI YASARGIL PERMANENTI IN TITANIO
5	1538819	FT720T	CND H03010201 RDM 249212	" " "
5	1538806	FT594T	CND H03010201 RDM 249198	" " "
5	1538820	FT711T	CND H03010201 RDM 249202	" " "
5	1538807	FT712T	CND H03010201 RDM 249203	" " "
5	1538821	FT726T	CND H03010201 RDM 249215	" " "
5	1538808	FT722T	CND H03010201 RDM 249213	" " "
5	1538809	FT716T	CND H03010201 RDM 249209	" " "
5	1538822	FT807T	CND H03010201 RDM 249252	" " "
5	1538823	FT717T	CND H03010201 RDM 249210	" " "
1	1538824	FT530B	CND L070801018001 RDM 1809435	APPLICATORE PER CLIP STANDARD LUNGH. 220 MM
1	1538825	FT520B	CND L070801018001 RDM 1809398	APPLICATORE PER CLIP MINI LUNGH. 220 MM

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 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) Quotora **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 B.BRAUN MILANO S.P.A. e relativo COD. PRODOTTO \_\_\_\_\_

6) Richiesta per lotto unico sì ☒ no ☐ o lotti sì ☐ ☐



7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI \_\_\_\_\_

8) COSTO PRESUNTO: \_\_\_\_\_ circa € 39.850

9) FABBISOGNO: MENSILE ☐ SEMESTRALE ☐ ANNUALE ☒ LURIENNALE ☐ CASONALE ☐ ATTESA DI

ESPLETTAMENTO GARA REGIONALE NEUROCHIRURGIA

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

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

Firma del Direttore Dipartimento/P.O. Servizio U.O. NEUROCHIRURGIA  
P.O. SAN FRANCESCO NUORO  
responsabile

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).

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)

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

Firma del Direttore ASSL Nuoro