

SALUTE ARES-AZIENDA REGIONALE DELLA
NP. 2022/1285 del 27/04/2022 ore 10,09
Mitt.: SC Servizio Farmaceutico Ospeda
Ass.: Dipartimento del Farmaco
Class.: 1. Fasc.: 48 del 2022



24/04/2022
Nuoro 24/04/2022 prot. n. _____

**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*

**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: richiesta broncoscopi monouso tramite SC Giuridico Amministrativa

Facendo seguito a fabbisogno presentato dalla SC di Anestesia e Rianimazione del PO San Francesco, si domanda parere in merito all'acquisizione di videobroncoscopi monouso sterili da collegare a monitor video.

Costo unitario €290,00 ca + IVA 22%

Valore annuo fornitura €34.800,00 ca + IVA

Possibili ditte da interpellare

- EUROMED s.r.l.
- AMBU s.r.l.
- PENTAX ITALIA s.r.l.
- ALSE MEDICA ITALIA s.r.l.
- M.G. LORENZATTO s.r.l.

SALUTE ARES-AZIENDA REGIONALE DELLA
PG/2022/33532 del 27/04/2022 ore 10,2
Mitt.: SC Servizio Farmaceutico Ospeda
Dest.: DIRETTORE AMMINISTRATIVO ASL NUOR
Class.: 1. Fasc.: 48 del 2022



In attesa di riscontro si porgono
distinti saluti

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

Drssa Pietrina Deiana



Drssa Paola Chessa



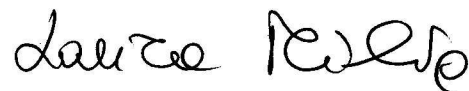
Drssa Sara Sanna



Dr Giuseppe Mulargia

ASSESTE

Drssa Laura Donatella Gavina Milia



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
PG/2022/7587 del 23/03/2022 ore 15,43
Mitt.: AREA OSPEDALIERA
Ass.: Direzione Generale - Segreteria

Alla Direzione P.O.U.O. "San Francesco" di Nuoro
Alla c.a. Del Direttore Servizio Farmacia HSF Nuoro



All' Ufficio Giuridico Amministrativo

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: **RIANIMAZIONE/ANESTESIA**

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: **DR. PAFFI PEPPINO;**

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

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
40			Z12020802	Broncoscopio flessibile monouso SLIM
40			Z12020802	Broncoscopio flessibile monouso REGULAR
40			Z12020802	Broncoscopio flessibile monouso LARGE
2				MONITORS BRONCOSCOPIO SENZA ONERI AGGIUNTIVI

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 ATS** (se di rilevanza ATS la richiesta deve essere preventivamente trasmessa alla Direzione ASSL Nuoro che disporrà per l'inoltro 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/NFUNGIBILE, ex Art. 63, c. 2, lett. b), del D. Lgs. n° 50/2016 si no

In caso affermativo specificare e relativo COD. PRODOTTO

6) Richiesta per lotto unico si no ; più lotti si no

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI

8) COSTO PRESUNTO:

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE X 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)

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)

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

Firma del Direttore ASL Nuoro
