

Nuoro, 10/09/2022 prot. n. _____

al Dir Generale ASL Nuoro
al Dir. Sanitario ASL Nuoro
al Dir Amministrativo ASL Nuoro
e p.c. al Resp. f.f. Radiologia ASL Nuoro

loro sedi

DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa Annamaria
Tomasella

DIRETTORE SANITARIO

Dott. Giuseppe Dessì

**DIRETTORE
AMMINISTRATIVO**

Dott. Attilio Murru

Dipartimento Del Farmaco
Direttore

Dott.ssa Ninfa Di Cara

Servizio di Farmacia
Ospedaliera - Nuoro
Direttore S.C.

Dott.ssa Paola Chessa

Farmacia Ospedaliera
P.O. "S. Francesco" Nuoro
Tel. 0784240361

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

Oggetto: richiesta vari DM per Radiologia Angiografica

Considerate numero quattro richieste di approvvigionamento (vd allegati per n°9 pagine) presentate dalla SC di Radiologia del P.O. San Francesco, vista la valenza in taluni casi salvavita del materiale richiesto e nelle more delle gare regionali per le quali sono stati trasmessi fabbisogni alla Sc Acquisti Beni ARES, si chiede di procedere agli acquisti di valore inferiore ai €40.000,00 come dettagliato.

Relativamente alla richiesta di cui alla pag. 1, per set procedurali, si integra con descrittiva e indicazione di tre potenziali fornitori:

ditta Betatex

ditta Paul Hartmann

ditta Meditalia

Distinti saluti

Il Direttore SC Farmacia Ospedaliera
ARES Sardegna - ASL Nuoro
Servizio di Farmacia Ospedaliera
Direttore
Dott.ssa Paola Chessa

SALUTE ARES-AZIENDA REGIONALE DELLA
PG/2022/64989 del 29/09/2022 ore 07,41
Mitt.: SC Servizio Farmaceutico Ospedali...
Dest.: ASL NUORO DIREZIONE GENERALE
Class.: 1. Fasc.: 48 del 2022



KIT ANGIOGRAFICO FEMORALE RETROGRADO/ANTEOGRADO

Pacco angiografico femorale retrogrado/anteogrado sterile monouso composto da:

- N° 1 telo angiografico sterile in TNT dimensioni lung 400 cm x largh 250 cm con 2 fori a margini adesivi interni per il sito di puntura femorale. I fori devono essere coperti singolarmente dal lato del piano di lavoro, attorno al foro TNT ad alta assorbenza per una dimensione di 200 lung. x 100 largh. cm. Il telo deve avere le parti laterali distali trasparenti per la visione dei comandi del tavolo dell'angiografo.
 - N° 1 telo di copertura carrello in TNT 200 x 150 cm circa.
 - N° 1 telo di copertura tavolo madre in TNT 300x150 cm circa.
 - N° 1 guanto pubico.
 - N° 2 teli 50x50 in TNT cm ad alta assorbenza (asciugamani).
 - N° 1 pennello per disinfezione cute.
 - N° 4 ferma teli in materiale plastico
 - N° 2 citole ampie a base tonda 30φ x 15 cm h entrambe con sistema di ritenzione guide.
 - N° 1 bisturi lama 11 con manipolo
 - N° 2 copri detettore (copri I.B.) in materiale plastico trasparente ed elastico alle estremità (punto 11)
 - N° 1 coprimonitor parametri vitali in materiale plastico trasparente ed elastico alle estremità. (punto 12)
 - N° 1 copri pannello protezione anti rx trasparente con elastico alle estremità. (punto 13)
 - N° 1 siringa da 10/12 cc. con anelli e manopole ergonomiche di tipo angiografico-epodinamico raccordo luer lock rotante.
 - N° 1 prolunga alta pressione (1200 PSI) armata, raccordo femmina maschio, lunghezza minima, circa 240 cm. Circa.
 - N° 1 rubinetto a 3 vie (via laterale a destra), alta pressione.
 - N° 1 siringa luer-lock 10 cc.
 - N° 1 siringa luer-lock 20 cc.
 - Disinfettante cutaneo monouso per cute anche lesa. Antiseptici nell'area del campo operatorio (20 cc. min)
 - Ciotola rettangolare 40x30x10 (Axh x h) cm con coperchio e gel addensante.
- PS: sarà cura della ditta proponente interessarsi delle dimensioni delle voci al punto 11,12 E 13 sulla base di misurazioni o copia delle protezioni fornite di default per l'angiografo Allura Xper FD 20 e del monitor rilevazioni parametri vitali entrambi della ditta Philips
- Il pacco sterile deve riportare ben visibile la dicitura "femorale anterogrado/retrogrado" e l'elenco dei dispositivi che lo compongono nell'etichetta esterna. Tre etichette adesive per la tracciabilità.



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 15/05/2018)

Nuoro 17-09-22

**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: Angiografia e Radiologia Interventistica UOC Radiologia e diagnostica per immagini;

2)DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Dott Maria Antonietta Calvisi ;

3) per esigenze del suddetto Servizio/U.O., si chiede la fornitura **URGENTE** 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)
1200	1134933		SF1690SEM	KIT PER ANGIOGRAFIA FEMORALE RETROGRADO Ai

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 ARES (se di rilevanza ARES la richiesta deve essere preventivamente trasmessa alla Direzione ASL 3 Di Nuoro che disporrà per l'inoltro 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

DITTA BETATEX e relativo COD. PRODOTTO: SF1690SEM

6) Richiesta per lotto unici no ; più lotti sì

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

8) COSTO PRESUNTO: 38400 EURO

9) FABBISOGNO: PLURIENNALE

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

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

Firmato digitalmente da **DUI GIOVANNI**
Firma del Direttore D.U. (o suo Delegato)
Data: 2022.09.17 08:56:34 +02'00'

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)

ASL Nuoro
Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)
Servizio di Farmacia Ospedaliera

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

Firma del Direttore ASL3 Nuoro

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)
Nuoro 17-09-22

**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 e Diagnostica per Immagini;

2)DIRETTORE FF Dott/sa Maria Antonietta Calvisi
RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Giovanni Dui ;

3) per esigenze del suddetto Servizio/U.O., si chiede la fornitura Urgente dei seguenti beni 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 (eccnomali, 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	RDM/CND/REPERTORIO	REFERENZA	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
50	132685	C0104020203		SPIRALI TORNADO MWCE-18S-3/2-TORNADO
50	132686	C0104020203		SPIRALI TORNADO MWCE-18S-4/2-TORNADO
25	132688	C0104020203		SPIRALI TORNADO MWCE-18S-5/2-TORNADO
50	1382519	C0104020203		SPIRALI TORNADO MWCE-18-14-3 NESTER
25	1382487	C0104020203		SPIRALI TORNADO MWCE-18-14-4 NESTER
25	1382520	C0104020203		SPIRALI TORNADO MWCE-18-14-6 NESTER

Ai fini dell'individuazione dell'esatta competenza dell'acquisto, la succitata richiesta deve obbligatoriamente ricadere nelle fattispecie di seguito indicate:

www.aslnuoro.it

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 Cook e relativo COD. PRODOTTO _____

6) Richiesta per lotto unico ☒ sì

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI

8) COSTO PRESUNTO: 36000 EURO

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

Firma del Direttore Dipartimento P.O.U.O. di Nuoro

Firmato digitalmente da DUI GIOVANNI

Data: 2022.09.17 08:09:20 +02'00'

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 ASL Nuoro (o suo Delegato)

Servizio di Farmacia Ospedaliera

Il Direttore

Dr.ssa Paola Chessa

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro

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)

Nuoro 17-09-22

**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 e Diagnostica per Immagini;

2)DIRETTORE FF Dott/sa Maria Antonietta Calvisi

RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Giovanni Dui ;

3) per esigenze del suddetto Servizio/U.O., si chiede la fornitura **Urgente** dei seguenti beni 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 **si** **no**

QUANTITA'	CODICE AREAS	RDM/CND/REPERTORIO	REFERENZA	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
50		GO2020201	GIAS-SRM-2	Entuit Secure Gastrointestinal suture anchor set
25		GO2020201	GIAS-SRM-3	Entuit Secure Gastrointestinal suture anchor set
10	1398548	GO2020201	IPSG-S	Entuit Start initial Placement Gastrostomy set 12-14
10	1403056	GO2020201	IPSG-M	Entuit Start initial Placement Gastrostomy set 16-18
10	1529257	GO2020201	IPSG-L	Entuit Start initial Placement Gastrostomy set 20-22-24

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 ARES (se di rilevanza ARES la richiesta deve essere preventivamente trasmessa alla Direzione ASL 3 Di Nuoro che disporrà per l'inoltro 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 **si** **no**

In caso affermativo specificare DITTA Cook e relativo COD. PRODOTTO _____

6) Richiesta per lotto unico **si**

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI

8) COSTO PRESUNTO: EURO 16,500

www.aslnuoro.it

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
Data: 2022.09.17 08:10:10 +02'00'

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)

ARES Sardegna / ASL Nuoro
Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)
Il Direttore
Dessa Paola Chessa

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro

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)
NUORO 17-09-22

**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: _UOC RADIOLOGIA E DIAGNOSTICA PER IMMAGINI;

2)DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE:DOTT MARIA ANTONIETTA 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 (economi, 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)
2			Numero di repertorio: 1200495 - CND: C0104020203	Kit per embolizzazione endovascolare Onyx composto di .1 fiala di liquido embolizzante Onyx 18 LD, 1 fiala di solvente DMSO, 3 siringhe compatibili. Confezione indivisibile Certificato CE: 489866MRA, DoC - Onyx Les . CODICE PRODOTTO 105-7000-060
3			Numero di repertorio: 1174772- CND: C0104020202	Microcatetere armato Marathon, profilo distale 1.5F. Lunghezza 165 cm, marker singolo. Compatibile con il liquido embolizzante Onyx e DMSO. Confezione da 1 unità Dichiarazione: 489931MRA, DoC - Marathon CODICE PRODOTTO 105-5056
3			Numero di repertorio: 1200225- CND: C0104020202	Microcatetere armato APOLLO, compatibile con liquido embolizzante Onyx e DMSO. Calibro distale-proximale 1.5-2.7 F, doppio marker (1 distale e 1 proximale sul punto di distacco), lunghezza 165 cm, lunghezza punta staccabile 1,5 cm. Confezione da 1 unità Certificato CE: 489864MRA, DoC - Apollo CODICE PRODOTTO 105-5095-000
2			numero di repertorio: 1200226- cnd: c0104020202	Microcatetere armato Apollo, compatibile con liquido embolizzante onyx e dms. calibro distale-proximale 1.5-2.7 f, doppio marker (1 distale e 1

				prossimale sul punto di distacco), lunghezza 165 cm, lunghezza punta staccabile 3,0 cm. confezione da 1 unità certificato ce: 489864mra, doc - apollo CODICE PRODOTTO 105-5096-000
1			NUMERO DI REPERTORIO 1250711/R – CND P07040199	Ped 2 stent a diversione di flusso in ambito neoradio costituito da UN dispositivo flessibile autoespandibile a maglia molto fitta, composta da 48 microfilamenti intrecciati di cui ¼ in Cromo/cobalto e il restante ¾ in platino/tungsteno, rivestito da un polimero di fosforilcolina sintetico chimicamente legato alla sua superficie. product catalog number PED2-300-18
3			NUMERO DI REPERTORIO 1786754/R CND C0104020202	Microcatetere Phenom a singolo lume a rigidità variabile per rilascio di ped stent a diversione di flusso product catalog number FG15150-0615-1S
2			NUMERO DI REPERTORIO 1786756/R CND C0104020202	Catetere intermedio Phenom plus 4 fr product catalog number FG19105-0630-1S
2			CND P07040199	Ped 3 stent a diversione di flusso rivestito da un polimero di fosforilcolina sintetico chimicamente legato alla sua superficie, in lega multipla costituito da uno Stent cilindro in lega multipla a rete intrecciata con filamenti in cobalto-cromo-nichel e platino. product catalog number PED3-XXX-XX

Ai fini dell'individuazione dell'esatta competenza dell'acquistò, 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 MEDTRONIC e relativo COD. PRODOTTO _____

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

8) COSTO PRESUNTO: 38900 EURO +IVA

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE

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
Data: 2022.09.17 08:07:51 +02'00'

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 ASSL Nuoro (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta ai fini della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole)

ARES Sardegna - ASL Nuoro
Servizio di Farmacia Ospedaliera
Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)
Il Direttore

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

Firma del Direttore ASL3 Nuoro
