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. 0784240528

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

Nuoro, _____prot. n._____

al Dir Generale ASL Nuoro
al Dir. Sanitario ASL Nuoro
al Dir Amministrativo ASL Nuoro
e p.c. al Resp. ff Cardiologia e UTIC

loro sedi

Oggetto: richiesta sistemi di generatore di impulsi impiantabili

Facendo seguito all'allegato fabbisogno della SC di Cardiologia e uTIC, si richiede acquisto di generatore di impulsi impiantabili. Il materiale non è compreso in gare a valenza regionale ne in nuove programmazioni.

Base d'asta € 16.900,00+ IVA cad

Possibili fornitori:

- ☐ Prodifarm
- ☐ Medical Concept Lab SS

Il Direttore S.C. Farmacia
Dott.ssa Paola Chessa

ARES Sardegna - ASL Nuoro
Servizio di Farmacia Ospedaliera
Il Direttore
Dssa Paola Chessa

SALUTE ARES-AZIENDA REGIONALE DELLA S
PG/2022/80983 del 02/12/2022 ore 06,31
Mitt.: SC Servizio Farmaceutico Ospedali...
Dest.: ASL NUORO DIREZIONE GENERALE; CAR...
Class.: 1. Fasc.: 48 del 2022

ASLNuoro
Azienda socio-sanitaria locale

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: UOC CARDIOLOGIA;

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DOTT. MAURO PISANO;

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** (economali, 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 X no

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
2	1405763	10-B411-3-XX	CND J99 / REPERTORIO 1558450/R	GENERATORE DI IMPULSI IMPIANTABILE, OPTIMIZER SMART PULSE GENERATOR CCM 10-B411-3-XX IMPULSE DYNAMICS

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 **X** no

In caso affermativo specificare ditta Impulse Dynamics (USA) Inc e relativo COD. PRODOTTO 10-B411-3-XX

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI **il sistema è integrato con un dispositivo di ricarica il optimizer smart pulse generator che riceve il nome di Optimizer® Mini Charger (Mini-Caricatore 10-F202-3-XX). Compresso nel prezzo.**

8) COSTO PRESUNTO: **16.900 + iva**

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE PLURIENNALE OCCASIONALE **X**

ASLNuoro
Azienda socio-sanitaria locale

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)

ASL N. 3 - Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
U.O.C. Cardiologia
Dott. Mauro R. Di Pisano

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 evidenzi la necessità di annotazioni e/o di elementi mancanti (da integrare/completare), dovranno restituire la pratica per la 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**).

_____

_____

_____

_____

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Nuoro
Presidio Ospedaliero Unico
IL DIRETTORE
Grazia Cattina

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 ella richiesta, **altrimenti esprimere parere favorevole**)

_____

_____

_____

_____

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

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)

_____

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro

_____