

ASL3 NUORO NP 2022/1059 del 29/03/2022 ore 12,13

Mitt : Dipartimento Area Medica

Ass.: Direzione Generale - Segreteria



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

Nuoro, 23 Marzo 2022

Oggetto: Richiesta fornitura di servizio di monitoraggio ambientale del Laboratorio di Manipolazione Cellulare dell'UOC di Ematologia e CTMO

N.B.: al 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 EMATOLOGIA
- 2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Dr. ANGELO DOMENICO PALMAS
- 3) per esigénze del suddetto Servizio/U.O., si chiede la fornitura dei seguenti benl/servizi (barrare parte di non interesse) e a tal fine si dichiara che <u>non vi</u> sono <u>procedure di gara aggiudicate/contratti attivi ATS/ASSL</u>, che quanto richiesto <u>non è reperibile nei magazzini aziendati</u> (economali, farmaceutici, protesici, ecc.) e/o <u>non risulta disponibile presso il Servizio di Ingegneria Clinica.</u>
- 4) Trattasi di richiesta di acquisto tipologia BENE / SERVIZIO EX D.P.C.M. 24/12/2015 X si no

QUANTITA'	CODICE	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
2/anno	Non presente			Analisi dell'aria: conta particellare con contatore laser in ambiente a contaminazione controllata (Classe A)
2/anno	Non presente			Analisi dell'aria: conta particellare con contatore laser in ambiente a contaminazione controllata (Classe D)
2/anno	Non presente			Analisi microbiologica delle superfici in ambiente a contaminazione controllata (Classe A)
2/anno	Non presente			Analisi microbiologica delle superfici in ambiente a contaminazione controllata (Classe D)

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 ATS (se di rilevanza ATS la richiesta deve essere preventivamente trasmessa alla Direzione ASSL Nuoro che disporra per l'inottro 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/blomodicali), Dipartimento Farmaco ATS.

b) Qualora NON SIA RILEVANZA ATS, il bene/dispositivo/apparecchiatura, ecc. richiesto deve avere un costo presunto di <u>IMPORTO ANNUO</u> inferiore a € 40.000 (IVA asclusa)

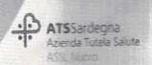
N.B.: Specificare, obbligatoriamente, quantità, codice AREAS, CND/RDM/REPERTORIO

5) Trattasi di bene DEDICATO/UNICO/INFUNGIBILE, ex Art. 63, c. 2, lett. b), del D. Lgs, n° 50/2016 si

In caso affermativo specificare DITTA:

- Tinti Laboratorio Analisi alimenti e ambiente srl", San Gavino -Tet. 070 9333384
- "Muse Tecnologie", Sassari Tel. 079 4126549

e relativo COD, PRODOTTO							
6) Richiesta per lotto unico (§		OTAL SANSAN	si	no			#
8) COSTO PRESUNTO: 3000,(00 (Tremi	la euro)					



S) FABBISOGNO: MENSILE	SEMESTRALE ANNUALE	PLURIENNALE XOCCASIONALE
10) CODICE/PROGETTO/FINANZ	MENTO: fondi di bilancio e altro strumento (specifi	pare)
11) EVENTUALI ALLEGATI (nel ri	petto della vigente normativa privacy):	Was Market II and the same
	(Myelo D. Kal	Dirigente Medico Dott. Angelo Domenico Palmas Ospedaliero per quanto di propria competenza qualora rilevino mancanti (da integrare/completare), provvederenno alla sua sta.
PARTE RISERVATA ALLA Dire restituzione/integrazione/complete	one P.O.U.O. San Francesco di Nuoro (Evidenz nento della richiesta, altrimenti esprimere parere f	are eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta ai fini della avorevole)
	Firma Direzione P.O.U.O. (o	suo Delegato)
PARTE RISERVATA ALLA Din fini della restituzione ribegrazione	ione Servizio Farmacia ospedallera ASSL Nuor completamento ella richiesta, altrimenti esprimere	g (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta ai parere favorevole) •
	Firma Direzione Servizio Farmacia Osp	edaliera (o suo Delegato)
PARTE RISERVATA ALLA DIR	ZIONE ASSL NUORO PER L'AUTORIZZAZIONE Firma del Direttore AS	

www.atssardegna.it www.asslnuoro.it