

**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 2022/1062 del 29/03/2022 ore 13,12  
Mitt.: Dipartimento Area Medica  
Ass.: DIREZIONE AZIENDALE



**Alla Direzione P.O.U.O. "San Francesco" di Nuoro  
Alla Direzione Servizio Farmaceutico Ospedaliero**

Oggetto: Richiesta di acquisto Perforatori e sacche Criogeniche

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 EMATOLOGIA

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Dr. ANGELO DOMENICO PALMAS

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/ASSI, 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 X sì  no

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
4 Confezioni (da 12 sacche)	Non presente	CS750NS	Classe dispositivo: 93/42/MDD Ila CND: 80103 Certificazione FDA	Sacche Criogeniche da 80-190 ml (Cryostore Freezing Bags CS750NS) per la crioconservazione di Emocomponenti in azoto liquido e vapori d'azoto. Il materiale di cui sono costituite è l'EVA per conservazione a -196 °C e successivo scongelamento a +37 °C. Tubo di riempimento DMSO-resistant in EVA rivestito esternamente in PVC. Report di convalida di ogni singolo lotto disponibile su richiesta. Resistenti al DMSO per concentrazioni fino al 40%.
2 Confezioni (da 50 pezzi)	Non presente	GBS	Classe dispositivo: 93/42/MDD Ila CND: 80103	Punzone perforante con membrana perforabile (GBS) DMSO-resistant - UNICO LATEX Free; PVC Free, DMSO resistant, SENZA PRESA D'ARIA; AD UNA VIA. Cappuccio in PE con filatura. Trasparente. Confezionato singolarmente, sterile, apirogeno. Gli accessori per crioconservazione Origen sono costruiti in uno speciale materiale polimerico che li rende, unici sul mercato, perfettamente resistenti ed inerti al crioconservante DMSO. Sono ideali per la manipolazione cellulare e di tessuti.

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 ASSI Nuoro che disporrà per l'invio 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/INFUNGIBILE ex Art. 63, c. 2, lett. b), del D. Lgs. n° 50/2016 sì  no

In caso affermativo specificare DITTA: **Origen Biomedical**

Distributore: **SB Medica Srl.** (Sito: [www.sbmedica.com](http://www.sbmedica.com) mail: [info@sbmedica.com](mailto:info@sbmedica.com)) fax: 0377/460088 tel: 0377/402529

e relativo COD. PRODOTTO \_\_\_\_\_

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

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

8) COSTO PRESUNTO: 3000 (Tremila euro)

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

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

11) EVENTUALI ALLEGATI (nei rispetto della vigente normativa privacy): \_\_\_\_\_

Firma del Direttore Dipartimento/P.O./Servizio/U.O. (o suo Delegato) \_\_\_\_\_  
*Angelo D. Palmieri*  
ATSSardegna - ASSL Nuoro  
Ospedale "San Francesco" - Nuoro  
U.O. Ematologia  
Dirigente Medico  
Dott. Angelo Domenico Palmieri

**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)

\_\_\_\_\_  
*[Signature]*

**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)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)

\_\_\_\_\_

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

Firma del Direttore ASSL Nuoro

\_\_\_\_\_