ESTREMA URGENZA

ASLNuoro
Azienda socio-sanitaria locale

REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASL3 NUORO
NP 2023/419 del 06/02/2023 ore 16,36
Mitt.: SC Servizio Farmaceutico Ospedali...
Ass. Direzione Generale - Segreteria

Nuoro, _____prot. n._____

DIRETTORE GENERALE
Dott. Paolo Cannas

DIRETTORE SANITARIO
Dott. Serafinangelo ponti

DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Francesco Pittalis

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

al Dir Generale ASL Nuoro
al Dir. Sanitario ASL Nuoro
al Dir Amministrativo ASL Nuoro
e p.c. al Resp SSD Endoscopia Digestiva ASL Nuoro

loro sedi

Oggetto: richiesta contenitori per campioni bioptici

Nelle more della definizione di nuova gara centralizzata per la CND W01 in fase di elaborazione del capitolato tecnico da parte di ARES (resi fabbisogni nel luglio 2021), come da allegato fabbisogno della SSD di endoscopia Digestiva, si richiede acquisto di contenitori a circuito chiuso con formaldeide per la processazione di campioni bioptici.

Attuale fornitore: Ditta Bio Optica

Potenziali altri fornitori: Futurlab – Securlab - Kaltek

Importo presunto della fornitura: € 36.000,00+ IVA 22%

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

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

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)
G. ATS n° 800 del 15/06/2018)

ASL3 NUORO
NP.2023/419 del 06/02/2023 ore 16,36
Mitt : SC Servizio Farmaceutico Ospedali...
Ass : Direzione Generale - Segreteria

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: GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DR. DAVIDE DEIANA

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)
40000	1253329	05-01V15PKF	W01030705	CONTENITORE DI FORMALDEIDE A CIRCUITO CHIUSO CHE IMPEDISCE IL CONTATTO TRA FORMALDEIDE E UTILIZZATORE DESTINATO ALLA FISSAZIONE E TRASPORTO DI CAMPIONI ISTOLOGICI. CAPACIITA' DEL CONTENITORE 35/55ML; VOLUME DI RIEMPIMENTO 10/20 ML.
SI RICHIEDONO IN SCONTO MERCE "RACK I PLEXIGLASS ANTIURTO TRASPARENTE DA 16 POSTI PER TRASPORTO				

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 X
In caso affermativo specificare DITTA _____ 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: €. 0,9 COSTO TOTALE €.36.000,00

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): _____

ASLNuoro
Azienda socio-sanitaria locale

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 evidenzi 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)

CATTINA GRAZIA Firmato digitalmente da CATTINA GRAZIA Data: 2023.02.03 19:08:00 +01'00'

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**)

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)

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

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro