



Nuoro, 24.01.23 prot. n. PG 13921

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 Dossi

**DIRETTORE
AMMINISTRATIVO**

Dott. Attilio Murreu

**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

Oggetto: richiesta aghi semiautomatico per biopsia

Facendo seguito all'allegato fabbisogno della SC di radiologia, si richiede acquisto di aghi semiautomatici a ghigliottina per biopsia. Non sono disponibili contratti derivanti da gara centralizzata né in programmazione per materiali di medesimo livello prestazionale (es volume di tessuto prelevato a parità di Gauge, qualità del reperto anatomico).

Attuale fornitore: Ditta MEMIS

Importo presunto della fornitura: € 7.000,00 + IVA 22%

Il Direttore S.C. Farmacia
Dott.ssa Paola Chessa
ARES Sardegna - Nuoro
Servizio di Farmacia Ospedaliera
Il Direttore
Dott.ssa Paola Chessa

ARES - Azienda regionale della salute
Data: 24/01/2023 09:28:15 PG/2023/0013921

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: RADIOLOGIA AREA NUORO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

2)DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DR.SSA M.A 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 (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)
120	1134086	SBTR1810EC		Ago semiautomatico a ghigliottina corredato di ago introduttore graduato con fermo regolabile composto da stiletto con punta trocar e cannula a punta piatta.
40		SBTR1807EC		
20		SBTR1810EC		
120		SBTR1815EC		
40		SBTR1820EC		

340 AGHII BIJARRE MISURE

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'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 _____ e relativo COD. PRODOTTO _____

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

8) COSTO PRESUNTO: EURO _____

9) FABBISOGNO: ANNUALE

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

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

APES Sardegna - ASL Nuoro
Ospedale "San Francesco" (Nuoro)
Firma del Direttore Dipartimento/P.O./Servizio (o suo Delegato)
20/01/2023
Dirigente Medico
Dott.ssa Maria Antonietta Calvis

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)

APES Sardegna - ASL Nuoro
Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)
Il Direttore
Drt.ssa Paola Chessa

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

Firma del Direttore ASL3 Nuoro
