



Nuoro, 24.01.23 prot. n. 13500 PG

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 Dessi

**DIRETTORE
AMMINISTRATIVO**

Dott. Attilio Murre

**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 automatici per biopsia

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

Attuale fornitore: Ditta MEDITALIA BIOMEDICA s.r.l.

Importo presunto della fornitura: € 11.000,00 + IVA 22%

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

ARES - Azienda regionale della salute
Data: 24/01/2023 09:09:02 PG/023/000111

Servizio di Farmacia Ospedaliera
Via Mannironi 08100 Nuoro
Tel. 0784 240215
farmacia.hsfnuoro@aressardegna.it

Azienda Regionale della Salute (ARES)
Via Piero della Francesca 1 - 09047 Selargius (CA)
Tel. 070/6093804 - 079/2084420 - 079/2084422
direzione.generale@aressardegna.it
www.aresardegna.it

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: DOTT.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 si no

| QUANTITA' | CODICE AREAS | REFERENZA | RDM/CND/REPERTORIO | Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)200 |
|-----------|--------------|-------------|--------------------|---|
| | | | | AGO BIOPSIA AUTOMATICO A NUCLEO INTERO PER TESSUTI MOLLI E ORGANI PARENCHIMALI. LUNGHEZZA DI GITTATA VARIABILE: 13 MM, 23 MM, 33 MM., VOLUME DI TESSUTO > DEL 59% RISPETTO AGLI ALTRI DISPOSITIVI, < FRAMMENTAZIONE E SCHIACCIAMENTO TESSUTI. |
| 20 | 1143617 | 360-1580-01 | A01020102 | |
| 20 | 1143763 | 360-2080-01 | A01020102 | |
| 20 | 1143607 | 370-1080-01 | A01020102 | |
| 20 | 1143584 | 370-1580-01 | A01020102 | |
| 120 | 1143762 | 360-1080-01 | A01020102 | |

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

In caso affermativo specificare DITTA _____ e relativa COD. PRODOTTO _____

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

8) COSTO PRESUNTO: € 55,00- COSTO TOTALE € 11.000,00

 9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE PLURIENNALE OCCASIONALE

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

Firma del Direttore Dipartimento P.O. Servizio U.O. (o suo Delegato)
ASL Sardegna - ASL Nuoro
San Francesco - Nuoro
Dirigente Medico

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)

[Handwritten signature]

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)

Firma Direzione Servizio Farmacia ospedaliera (o suo Delegato)
ASL Sardegna - ASL Nuoro
Servizio di Farmacia ospedaliera
Il Direttore

Presso Paola Chessa

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

Firma del Direttore ASL3 Nuoro

