

Nuoro, _____ prot. n. _____

al Dir Generale ASL
al Dir. Sanitario ASL Nuoro
al Dir Amministrativo ASL Nuoro

loro sedi

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

Oggetto: richiesta acquisto Medium completo per coltura di cellule da midollo osseo
(analisi citogenetiche)

Vista la richiesta del Direttore della U.O. di Ematologia e CTMO del P.O. San Francesco di Nuoro, allegata alla presente, si richiede una procedura d'acquisto per i kit di coltura necessari alla coltivazione e analisi delle cellule del midollo osseo per le procedure citogenetiche già standardizzate presso il laboratorio specialistico di ematologia.

Si allega la richiesta del Laboratorio specialistico con dettagliato elenco quali quantitativo dei reagenti programmati.

In attesa di riscontro si porgono

distinti saluti

Il Direttore S.C. Farmacia
Dott.ssa Paola Chessa
Servizio di Farmacia Ospedaliera
Il Direttore
Dott.ssa Paola Chessa

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 REAGENTI PER CITOGENETICA

N.B.: ai fini della privacy (dati sensibili) non indicare mai estremi anagrafici di assistita/destinatario richiesta (solo nome e iniziale cognome)

1) SERVIZIO / STRUTTURA / U.O. RICHIEDENTE: UOC EMATOLOGIA- LABORATORIO SPECIALISTICO;

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DOTTOR ANGELO D. 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/ASSL, che quanto richiesto non è reperibile nei magazzini aziendali (eccezioni: 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/REPERTORI O	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
20 conf	1345325		W01	CHROMOSOME KIT M Codice EKAMTM
60 conf	1345384		W01	CHROMOSOME MEDIUM M Codice EKAMTM
150 test	1345386		W01	Chromo Lympho B Proliferation mix Codice EKAMP
2000pz	1412204		W01	PRIMO TC FLASK 25cm2 50ml CD ET7025

Al fine 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 ASL 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 EUROCLONE e relativo COD. PRODOTTO

6) Richiesta per lotto unico sì ☒ no ☐ : più lotti sì ☐ no ☐

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI NESSUNO

8) COSTO PRESUNTO: EURO 10000,00

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE ☒ PLURIENNALE OCCASIONALE

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

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

Firma del Direttore Dipartimento/P.O./Servizio/U.O. (o suo Delegato)

Luogo, data e ora: _____

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)

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)
Il Direttore

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

Firma del Direttore ASL Nuoro