

Nuoro, 24/03/23 prot. n. NP 1016

al Dir Generale ASL Nuoro
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 microcuvette Hemocue per la determinazione dell'emoglobina

Vista la richiesta del Direttore del Servizio di Immunoematologia e Centro Trasfusionale, allegata alla presente, e considerato che i dispositivi medici oggetto della richiesta non risultano inseriti nell'allegato 1 alla Delibera num. 134 del 13/07/2022, nella quale veniva definita la programmazione delle acquisizioni di beni e servizi biennio 2022/2023 ex art. 21 D.LGS 50/2016 dell'Azienda ARES Sardegna, e poiché trattasi di dispositivi non ricompresi in altri contratti a valenza regionale, si rende necessaria l'acquisizione dei dispositivi medesimi che sono complementari allo strumento di proprietà del servizio inventariato al numero NU0014675, secondo le specifiche dettagliate nella programmazione allegata.

In attesa di riscontro si porgono

distinti saluti


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

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: SIT NUORO

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DOTT. BITTI

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 (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 no

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
8.000	1518872	HB 301		MICROCUVETTE HEMOCUE CONF. 200 PEZZI HB 301
		Ref 111801		PER DETERMINAZIONE EMOGLOBINA

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 ASL Nuoro che disporrà per l'inoltro 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 si

APPARECCHIATURA DI PROPRIETA'. NUM. INVENTARIO NU 0014675

In caso affermativo specificare :

DITTA EL.ME.D.
 COD. PRODOTTO HB 301 REF. 111801

6) Richiesta per lotto unico si ; più lotti no

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI per l'attività chirurgica, ovvero di sistema monouso Indispensabili per interventi Neurochirurgici (posizione paziente prono, Chirurgia Robotica, Chirurgia Urologica (posizione paziente prono)

8) COSTO PRESUNTO: 12.000 CIRCA

9) FABBISOGNO: ANNUALE

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

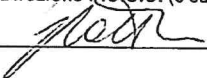
11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy):

ATSSardegna - ASL Nuoro
Servizio di Immunematologia
e Medicina Trasfusionale
Firma del Direttore Dipartimento/P.O./Servizio/U.O./ (o suo Delegato)
Direttore
Dott. Pier Paolo Bitti

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.

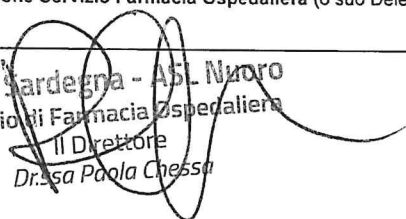
PARTE RISERVATA ALLA Direzione P.O.U.O. San Francesco di Nuoro (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta ai fini della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole).

Firma Direzione P.O.U.O. (o suo Delegato)



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)



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

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

Firma del Direttore ASL Nuoro
