



**MODULO RICHIESTA ACQUISTOBENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA**  
**NON DI RILEVANZA Ares 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)

Al Direttore del POU San Francesco – ASL N. 3 di Nuoro

**Oggetto: Richiesta d'acquisto SALVIETTE EASYDERM**

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: OTORINO OSPEDALE "SAN FRANCESCO" NUORO

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DOTT. CORRADO BOZZO

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 X

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
20 SCATOLE da 50 buste ciascuna		Easyderm panno 95604	M040499 / 1766577	Dispositivo monouso, sterile, indicato per la detersione di tutti i distretti corporei (occhi e mucose), senza necessità di risciacquo, con indicazione di utilizzo per la detersione della cute delicata, fragile e lesa. Imbibito di soluzione attiva detergente non aggressiva, non allergenica ed idratante, costituito da gruppi fosfolipidici affini a quelli del derma.

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 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 X  no

In caso affermativo specificare DITTA MEDICAL SRL e relativo

COD. PRODOTTO 95604 Richiesta per lotto unico  sì X  no ; più lotti  sì  no

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARIO: NESSUNO

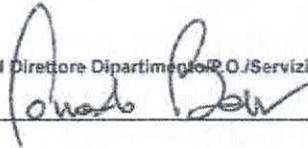
8) COSTO PRESUNTO: 2600,00 euro Ovvero 130,00 euro

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE PLURIENNALE X OCCASIONALE

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

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

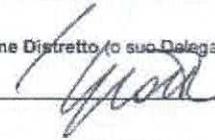
Firma del Direttore Dipartimento P.O./Servizio/U.O. (o suo Delegato)

  
\_\_\_\_\_

**PARTE RISERVATA ALLA Direzione Distretto** (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta ai fini della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma Direzione Distretto (o suo Delegato)

  
\_\_\_\_\_

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro

\_\_\_\_\_



**MODULO RICHIESTA ACQUISTOBENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA**  
**NON DI RILEVANZA Ares 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)**

**Al Direttore del POU San Francesco – ASL N. 3 di Nuoro**

Oggetto: Richiesta d'acquisto SALVIETTE EASYDERM

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: UROLOGIA OSPEDALE "SAN FRANCESCO" NUORO

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DOTT. GIAMPAOLO COSSU

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)
20 SCATOLE da 50 buste ciascuna		Easyderm panno 95604	M040499 / 1766577	Dispositivo monouso, sterile, indicato per la detersione di tutti i distretti corporei (occhi e mucose), senza necessità di risciacquo, con indicazione di utilizzo per la detersione della cute delicata, fragile e lesa. Imbibito di soluzione attiva detergente non aggressiva, non allergenica ed idratante, costituito da gruppi fosfolipidici affini a quelli del derma.

Al 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. 83, c. 2, lett. b), del D. Lgs. n° 50/2016 sì  no

In caso affermativo specificare DITTA MEDICAL SRL e relativo

COD. PRODOTTO 95604 Richiesta per lotto unico sì  no  ; più lotti sì  no

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARIO: NESSUNO

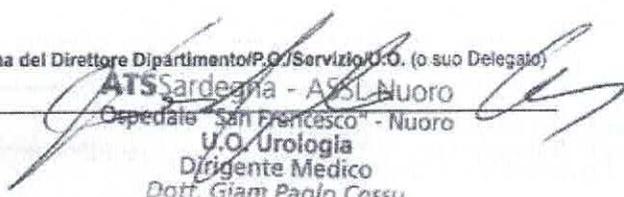
8) COSTO PRESUNTO: 2600,00 euro ovvero 130,00 euro ogni confezione

9) FABBISOGNO: MENSILE  SEMESTRALE  ANNUALE  PLURIENNALE X 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)

  
**ATS Sardegna - ASL Nuoro**  
Ospedale "San Francesco" - Nuoro  
U.O. Urologia  
Dirigente Medico  
Dott. Gian Paolo Cossu

**PARTE RISERVATA ALLA Direzione Distretto** (Evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta ai fini della restituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole).

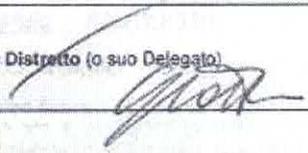
---

---

---

---

Firma Direzione Distretto (o suo Delegato)



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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro

---