

Nuoro, / /2023 prot. n. _____

*Dr. MED - / Resp. Lab
Dott. Serafinangelo Pontè*

al Dir Generale ASL Nuoro
al Dir. Sanitario ASL Nuoro
al Dir Amministrativo ASL Nuoro
e p.c. Al Resp. SC Laboratorio Analisi ASL Nuoro
e p.c. Alla Drssa Sara Sanna ASL Nuoro

loro sedi

DIRETTORE GENERALE

Dott. Paolo Cannas

DIRETTORE SANITARIO

Dott. Serafinangelo Pontè

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 test a immunofluorescenza per vari patogeni

Vista la richiesta del Direttore del Laboratorio Analisi del P.O. San Francesco di Nuoro (NP 2023/3270 del 17/10/2023), allegata alla presente, si richiede l'attivazione di una procedura d'acquisto per i reagenti complementari all'utilizzo di apparecchiatura già in uso (LIAISON XL) senza costi aggiuntivi in termini di manutenzione e/o noleggio. I test richiesti, sfruttando la tecnica ad immunofluorescenza, saranno utili a garantire l'esecuzione di determinazioni cliniche per la diagnosi precoce di varie infezioni virali, batteriche senza ricorso a tecnica di biologia molecolare ovvero consentiranno risparmio di carattere economico e ottimizzazione della tempistica di esecuzione.

Importo fornitura annuale: € 9.300,00 ca + IVA

Si propone fornitura triennale

In attesa di riscontro si porgono

distinti saluti

*13/11/23
DSS+DS PROV.
C*

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

ASL3 NUORO
IP 2023/3270 del 17/10/2023 ore 17:51
Mitt: Dipartimento Area MEDIGP
Ass: Servizio Giuridico Amministrativo



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 cognome)

1) SERVIZIO / STRUTTURA / U.O. RICHIEDENTE: D.O.C. Patologia Clinica
2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Dr. R. CRISTINI CORAU

3) per esigenze del suddetto Servizio/U.O., si chiede la fornitura dei seguenti beni/servizi (corrente parte di non interesse) e a tal fine si dichiara che non si sono proceduto di gara aggiudicate/contratti attivi ATSI/ASL, 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 specifica tecnica)
		Vedi allegato -		

Ai fini dell'individuazione dell'effettiva competenza dell'acquisto, la suddetta richiesta deve obbligatoriamente ricadere nella fattispecie di seguito indicata:

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 il filtro alle competenti strutture ATS, ovvero SC Acquisti Equi (per tutti i beni), SC Acquisti Servizi Sanitari (per servizi sanitari), SC Acquisti Servizi Non Sanitari (per i servizi non sanitari), SP 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 e 64 del D.Lgs. n° 50/2016 si no

In caso affermativo specificare DITTA _____ a relativo COD. PRODOTTO _____

6) Richiesta per fatto unico si no sì no

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI NO

8) COSTO PRESUNTO: Vedi allegato

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) _____