



ASL3 NUORO  
 PG/2024/B15 del 09/01/2024 ore 09:58  
 Mitt.: Ostetricia e Ginecologia

Dest.: ASL NUORO SERVIZIO PROVVEDITORATO  
 Class.: 5. Fasc.: 1 del 2024



BLOCCO OPERATORIO  
 SALA GINECOLOGIA  
 OSTETRICIA

**MODULO RICHIESTA ACQUISTO**

BENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA

**NON DI RILEVANZA ATS e per importo, in ragione d'anno, inferiore a € 140.000 (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  
 Alla Direzione Struttura Complessa Provveditorato di

**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 di gruppo)

1) SERVIZIO / STRUTTURA / U.O. RICHIEDENTE: SALA OPERATORIA GINECOLOGIA

2) DIRIGENTE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DR. ANTONIO ONORATO SUCCU

3) Per esigenze del suddetto Servizio/U.O., si chiede la fornitura dei seguenti beni/servizi (barrare la parte di non interesse e a tal fine si dichiara che sono procedure di gara aggiudicate/contratti attivi ARES/ASL N. 3, che quando richiesto non è reperibile nei magazzini aziendali (farmaceutici, protesici, ecc.) e/o non risulta disponibile presso il Servizio di Ingegneria Clinica:

4) Tipologia di richiesta di acquisto tipologia BENE / SERVIZIO EX D.P.C.M. 24/12/2015 sì  no

QUANT	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto (allegare documentazione specifiche tecniche)
1	1129573	26168K	CND L RDM 122706	Manipolatore uterino secondo HOHL Plusiuso composto da: Impugnatura; Asta del manipolatore: Campana Diam 40mm Lunghezza 30 mm, Campana Diam 35mm Lunghezza 30 mm, Campana Diam 32mm Lunghezza 30 mm, Attacco a spirale Diam. 20 mm, Attacco a spirale Diam. 15 mm, Insero operativo Diam. 6 mm, Lunghezza 60 mm, Insero operativo Diam. 6 mm, Lunghezza 80 mm, Insero operativo Diam. 6 mm, Lunghezza 100 mm, Chiave per inserto a spirale

Ai fini dell'individuazione dell'esatta competenza dell'acquisto, la succitata richiesta deve obbligatoriamente ricadere nelle fattispecie indicate:

a) In primis, il bene/servizio/apparecchiatura **NON deve essere di rilevanza ARES** (se di rilevanza ARES la richiesta deve essere preceduta dalla trasmissione alla Direzione ASL 3 DI NUORO che disporrà per l'inoltro alle competenti strutture ARES, ovvero: SC Acquisti Beni (per tutti gli acquisti Servizi Sanitari (per servizi sanitari), SC Acquisti Servizi Non Sanitari (per i servizi non sanitari), SC Ingegneria Clinica (per 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 inferiore a € 40.000 (IVA esclusa)**

N.B.: Specificare, **obbligatoriamente**, quantità, codice AREAS, CND/RDM/REPERTORIO

5) Tipologia di bene DEDICATO/UNICO/INFUNGIBILE, ex Art. 63, c. 2, e) b) del D. Lgs. n° 50/2016 sì  no

In caso affermativo specificare DITTA SANIFARM s.r.l. e relativo COD. PRODOTTO \_\_\_\_\_

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI \_\_\_\_\_

BLOCCO OPERATORI  
SALA GINECOLOGIA  
OSTETRICIA

8) COSTO PRESUNTO: € 9.000 circa

9) FABBISOGNO: MENSILE  SEMESTRALE  ANNUALE  PLURIENNALE  OCCASIONALE

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

11) EVENTUALI GATI (nel rispetto della vigente normativa privacy) SCHEDA TECNICA

**DIPARTIMENTO CURE CHIRURGICHE**  
**Ospedale San Francesco**  
Firma del Direttore Dipartimento Servizio/U.O. (o suo Delegato)  
**Direttore: Dott. Antonio Onorato Succu**

*N.B.: Le Direzioni P.O.U.O. San Francesco di Nuoro e del Servizio Farmaceutico Ospedaliero per quanto di propria competenza qualora che la presente richiesta evidenzi la necessita di annotazioni e/o di elementi mancanti (da integrare/completare), provvedere alla sostituzione/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 e sostituzione/integrazione/completamento della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole)

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

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

**ASL Nuoro**  
**OSPEDALI**  
Direzione Medica  
Dirigente Medico  
Dott.ssa Antonella Tatti

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro