

Nuoro, 10.03.24, prot. n. 681

al Dir. Serv. Provveditorato ASL Nuoro
e p.c.
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 di Acquisto Reagenti per Strumentazione Tape Station

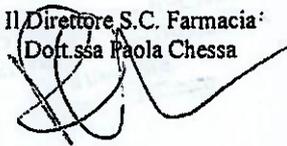
In seguito alla programmazione comunicata dal Direttore di Ematologia e CTMO, si chiede la procedura d'acquisto per i reagenti necessari alle analisi diagnostiche nel laboratorio specialistico di biologia molecolare.

Lo strumento, già di proprietà dell'Azienda con numero di inventario 0014907, consente la precisa misurazione delle dimensioni e della quantità del DNA libero in soluzione, rilevando in modo affidabile la contaminazione da DNA ad alto peso molecolare (HMW) e raggiungendo una sensibilità elevata fino a 20 pg/ μ L. I risultati sono ottenuti rapidamente, in meno di 2 minuti per campione, con un consumo ridotto di soli 2 μ L.

Per i dettagli tecnici e le specifiche di prodotto, si prega di fare riferimento alla richiesta allegata.

In attesa di un riscontro, si porgono distinti saluti.

Il Direttore S.C. Farmacia:
Dott.ssa Paola Chessa



ASL3 - Nuoro
Data: 20/02/2024 13:15:41 MF/2024/000681

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 15/08/2018)



Alla Direzione P.O.U.O. "San Francesco" di Nuoro
 Alla Direzione Servizio Farmaceutico Ospedaliero

Oggetto: **Richiesta d'acquisto — REAGENTI PER TAPE STATION 4150 (inv 0014907)**

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: UOC EMATOLOGIA

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: Dottor ANGELO DOMENICO 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 (economici, farmaceutici, protesici, ecc.) e/o non risulta disponibile presso il Servizio di Ingegneria Clinica:

| Quantità | Codice Areas | Referenza | Repertorio | Descrizione |
|----------|--------------|-----------|------------|--|
| 2 | nuovo | | | Cell-free DNA Reagents (Ladder- Sample Buffer) Cat. N° 5067-5631 |
| 2 | nuovo | | | Cell-free DNA ScreenTape. Cat. N° 5067-5630 |
| 5 | nuovo | | | High Sensitive D1000 Reagents (Ladder-Sample Buffer) Cat. N° 5067-5585 |
| 5 | 1495842 | | | Screen Tape High Sensitive D1000)Cat. N° 5067-5584 |
| 1 | nuovo | | | D5000 Reagents (Ladder-Sample Buffer) Cat. N° 5067-5593 |
| 1 | nuovo | | | Screen Tape D5000) Cat. N° 5067-5592 |
| 1 | 1533997 | | | Loading Tips 10pk Cat. N° 5067-5599 |
| 1 | nuovo | | | RNA ScreenTape. Cat. N° 5067-5576 |
| 1 | nuovo | | | RNA ScreenTape Buffer . Cat. N° 5067-5577 |
| 1 | nuovo | | | RNA ScreenTape Ladde . Cat. N° 5067-5578 |
| 1 | nuovo | | | Genomic DNACreen Tape Cal. N° 5067-5365 |
| 1 | nuovo | | | D1000 Reagents (Ladder-Sample Buffer) Cat. N° 5067-5583 |
| 1 | nuovo | | | Screen Tape D1000 Cat. N° 5067-5582 |
| 1 | nuovo | | | Cartuccia sostituzione ago Cat. N° 5067-5783 |

4) Trattasi di richiesta di acquisto tipologia BENE / SERVIZIO EX D.P.C.M. 24/12/2015 SI NO
 Ai fini dell'individuazione dell'esatta competenza dell'acquisto, la suscettività richiesta deve obbligatoriamente ricadere nello 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/strumentazioni elettromedicali/biomedicali), Dipartimento Farmaco ATS.

b) Qualora **NON** SIA RILEVANZA ATS, il bene/dispositivo/apparecchiatura, occ. 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 NO

In caso affermativo specificare DITTA AGILENT e relativo COD. PRODOTTO Vedi elenco sopra

6) Richiesta per lotto unico SI NO ; più lotti SI NO

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

8) COSTO PRESUNTO: 6500 (seimila/600 euro)

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE X ANNUALE PLURIENNALE OCCASIONALE

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

ASL3 - Nuoro
 Data: 20/02/2024 13:15:44 NP/2024/0000881



ASL3 - Nuoro
Data: 20/02/2024 13:15:41 NP/2024/000681

1) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy): _____

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

N.B.: Le Direzioni P.O.U.O. San Francesco di Nuoro e del Servizio Farmaceutico Ospedaliero per quanto di propria competenza qualora ritengono 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)

CATTINA GRAZIA Primo Farmacista di CATTINA GRAZIA
Data: 20/02/2024 09:10:33 19197

PARTE RISERVATA ALLA Direzione Servizio Farmacia ospedaliero 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)

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

Firma del Direttore ASL Nuoro