

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)

 ASL3 NUORO
 NP 2023/1850 dal 07/06/2023 ore 15:06
 Mitt. AREA OSPEDALIERA

Rss. Servizio Giuridico Amministrativo

**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: U.O. NEUROLOGIA E STROKE UNIT.
2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE Dott.ssa Maria Valeria Saddi

 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 AREA/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** si


QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazioni specifiche tecniche)
10 (dieci)			N010102	Cuffie precablate per EEG in tela (lycra) con cavi esterni ed elettrodi piatti in Ag/AgCl colore rosso, taglia media (54-58 cm)
5 (cinque)			N010102	Cuffie precablate per EEG in tela (lycra) con cavi esterni ed elettrodi piatti in Ag/AgCl colore blu, taglia grande (58-62 cm)
10 (dieci)			N010102	Cuffie precablate per EEG in tela (lycra) con cavi esterni ed elettrodi piatti in Ag/AgCl colore grallo, taglia piccola (50-54 cm)
6(sei)			N010102	Cavi interfaccia cuffia/testina, con connettore maschio 1,5 mm (lato testina) e attacco per cuffia precablate presente in ordine
2000 (duemila)			N010102	Aghi speciali smussati sterili misura 1,6x15 mm
200 (duecento)			V9099	Gel elettroconduttore ad alta viscosità per le cuffie preassemblate per EEG- flaconi da 250 ml
2000 (duemila)			N010102	Aghi sterili monopolari sconnettabili (lunghezza ago 10 mm) completi di cavetto (lunghezza 6 cm) connessione MCH 0,7 mm

Il materiale indicato deve obbligatoriamente essere adatto all'uso su apparecchi EEG Galileo (testine Mizar 40 e Nemus 2) in dotazione all'unità operativa

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 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 **SI**
In caso affermativo specificare DITTA _____ e relativo COD. PRODOTTO _____

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI: nessuno

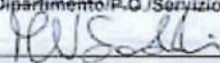
8) COSTO PRESUNTO: 13,000 euro

9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE **ANNUALE** PLURIENNALE OCCASIONALE

10) CODICE PROGETTO/FINANZIAMENTO: fondi di bilancio o altro strumento (specificare) **FONDI DI BILANCIO**

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

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

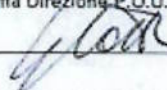


ASL Nuoro - ASL Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
U.O. Neurologia e Stroke Unit
Dirigente Medico
Dott.ssa Maria Valeria Sadei

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 evidenzia 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 alla non esis, 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 3 Nuoro
