



**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)

NUORO 15-04-24

**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) U.O. RICHIEDENTE: \_UO SSD RADIOLOGIA INTERVENTISTICA ;

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: DOTT GIOVANNI DUI ;

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** si no

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
4			Numero di repertorio: 1200225- CND: C0104020202	Microcatetere armato APOLLO, compatibile con liquido embolizzante Onyx e DMSO. Calibro distale-proximale 1.5-2.7 F, doppio marker (1 distale e 1 proximale sul punto di distacco), lunghezza 165 cm, lunghezza punta staccabile 1,5 cm. Confezione da 1 unità Certificato CE: 489864MRA, DoC - Apollo CODICE PRODOTTO <b>105-5095-000</b>
4			NUMERO DI REPERTORIO 1786754/R  CND C0104020202	Microcatetere Phenom 21 a singolo lume a rigidità variabile per rilascio di PED stent a diversione di flusso <b>product catalog number FG13150-0615-2S</b>
4			Numero di repertorio 2285769/R  CND C0104020202	Microcatetere Phenom 27 a singolo lume a rigidità variabile per rilascio di PED stent a diversione di flusso <b>product catalog number FG15150-0615-1S</b>
4			NUMERO DI REPERTORIO 1786756/R CND C0104020202	Catetere intermedio Phenom plus 4 fr <b>product catalog number FG19105-0630-1S</b>
4			CND P07040199	Ped 3 stent a diversione di flusso rivestito da un polimero di fosforilcolina sintetico chimicamente legato alla sua superficie. in lega multipla costituito da uno Stent cilindro in lega multipla a

				rete intrecciata con filamenti in cobalto-cromo-nichel e platino. <b>product catalog number PED3-XXX-XX</b>
10			CND 04020201 Numero di repertorio 687747/R	Guida idrofilica neuroradio in stainless steel compatibile con DMSO diametro rastremato da 0.012 inch a 0.008 inch lung 200 cm cod 103-0608
10			CND 04020201 Numero di repertorio 21662/R	Guida idrofilica 0.014 neuroradio lung 205 coil distale 5 cm codice prodotto 103-0606-200

**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'inoltro 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 €** (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 MEDTRONIC e relativo COD. PRODOTTO \_\_\_\_\_

6) Richiesta per lotto unico **si** ;

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI **NO**

8) COSTO PRESUNTO: 60.000 EURO +IVA

9) FABBISOGNO: SEMESTRALE

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

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

**DUI GIOVANNI**

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

Firmato digitalmente da DUI GIOVANNI

Data: 2024.04.15 09:02:13 +02'00'

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)

CATTINA  
GRAZIA

Firmato digitalmente da  
CATTINA GRAZIA  
Data: 2024.04.15 17:28:39  
+02'00'

**PARTE RISERVATA ALLA Direzione Servizio Farmacia ospedaliera ASSL 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 ASSL NUORO PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO:**

Firma del Direttore ASL3 Nuoro

---