

Nuoro, _____ prot. n. _____

al Dir Serv. Provveditorato ASL Nuoro
e p.c.
al Dir. Sanitario ASL Nuoro
al Dir Amministrativo ASL Nuoro
e p.c. al Dir. SSD Endoscopia digestiva ASL Nuoro

loro sedi

Oggetto: richiesta disinfettanti e detergenti per lavaendoscopi

Considerato il fabbisogno allegato presentato dalla SSD di Endoscopia Digestiva, si richiede acquisto di detergenti e disinfettanti dedicati a lavastrumenti in dotazione al Servizio (vd richiesta con numero di inventario delle apparecchiature). Non sono al momento presenti contratti centralizzati né programmazioni per i medesimi prodotti.

La richiesta risulta essere quali quantitativamente in linea con i consumi pregressi

Attuale fornitore: Olympus Italia srl

Potenziali altri fornitori: non noto

Importo presunto della fornitura: € 19.500,00 + IVA 22% fabbisogno annuale

In attesa di riscontro si porgono

distinti saluti

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

**COMMISSARIO
STRAORDINARIO**
Dott. Angelo Zuccarelli

DIRETTORE SANITARIO
Dott. Pier Paolo Bitti

**DIRETTORE
AMMINISTRATIVO**
Dott. Ssa Paola Raspitzu

**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

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 iniziale cognome)

1) **SERVIZIO / STRUTTURA / U.O. RICHIEDENTE:** ENDOSCOPIA DIGESTIVA;

2) **DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE:** DOTTOR DAVIDE DEIANA;

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)
600 lt 40 scat	1218898		Z12029099	DISINFETTANTE OLYMPUS DETD 1 scatola contiene 3 taniche da 5 lt
375 lt 25 scat	1218874		Z12029099	DETERGENTE OLYMPUS CETD 1 scatola contiene 3 taniche da 5 lt

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 € 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 OLYMPUS e relativo COD. PRODOTTO TALI PRODOTTI SONO INDISPENSABILI PER IL REPROCESSING DEGLI ENDOSCOPI PER IQUALI SI UTILIZZA LA LAVAENDOSCOPI OLYMPUS COD I.C. 10362-9687-10363-7067 IN DOTAZIONE.

6) Richiesta per lotto unici ☐ **no** ; più lotti ☒ **si** ☐ **no**

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

8) COSTO PRESUNTO: _____

9) FABBISOGNO: MENSILE ☐ SEMESTRALE ☐ X ANNUALE ☒ PLURIENNALE ☐ OCCASIONALE ☐

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

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

ASL N. 3 - Nuoro
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
S.S.D. Endoscopia Digestiva
Dirigente Medico Responsabile
Dott. Davide Deiana

[Firma]

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 della richiesta, altrimenti esprimere parere favorevole)

Firma Direzione Servizio Farmacia Ospedaliera (o suo Delegato)
Il Direttore
D.ssa Paola Chessa

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

Firma del Direttore ASL3 Nuoro