

**COMMISSARIO
STRAORDINARIO**
Dott. Angelo Zuccarelli

DIRETTORE SANITARIO
Dott. Pierpaolo Bitti

**DIRETTORE
AMMINISTRATIVO**
Dott.ssa Paola Raspizzi

**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

Nuoro, _____ prot. n. _____

al Dir Serv. Provveditorato ASL Nuoro
e p.c.
al Dir. Sanitario ASL Nuoro
al Dir Amministrativo ASL Nuoro
Al Ref. Medico SIT ASL Nuoro

loro sedi

**Oggetto: Richiesta acquisto microcuvette Hemocue per la determinazione
dell'emoglobina - Servizio di Immunoematologia e Centro Trasfusionale**

In riferimento alla richiesta del Referente medico del Servizio di Immunoematologia e Centro Trasfusionale, allegata alla presente, si evidenzia che i dispositivi medici oggetto della stessa non risultano attualmente inclusi in contratti di fornitura con valenza regionale.

Si precisa inoltre che, ai sensi dell'articolo 3 della Convenzione stipulata con l'Unità di Raccolta AVIS Provinciale di Sassari, la fornitura del materiale necessario per i prelievi ematici rientra nelle competenze del SIT.

Al fine di garantire la continuità operativa del Servizio e di evitare l'interruzione delle relative prestazioni, si ritiene pertanto indispensabile procedere all'acquisizione dei dispositivi richiesti, i quali risultano complementari allo strumento in dotazione al Servizio, inventariato con il numero NU0014675, conformemente alle specifiche indicate nella programmazione allegata.

In attesa di cortese riscontro, si porgono

distinti saluti

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



COMMISSARIO

STRAORDINARIO

Dott. Angelo Zuccarelli

DIRETTORE SANITARIO

Dott. Pierpaolo Bitti

DIRETTORE

AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Paola Raspizzi

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

Servizio di Farmacia Ospedaliera

Via Mannironi 08100 Nuoro

Tel. 0784 240215

farmacia.hsfnuoro@aresardegna.it

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. RICHIENDENTE: Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale;

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIENDENTE: dott.ssa Adriana Ibba;

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 no

QUANTITA'	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
8000	1518872	HB 301		Microcuvette Hemocue conf.200 pezzi HB 301
		Ref.111801		per determinazione emoglobina

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/attrezature 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

Apparecchiatura di proprietà n. inventario NU0014675

 In caso affermativo specificare DITTA EL.ME.D e relativo COD. PRODOTTO HB 301 REF. 111801

6) Richiesta per lotto unico si ; più lotti no

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

8) COSTO PRESUNTO: 12.000 circa

9) FABBISOGNO: ANNUALE

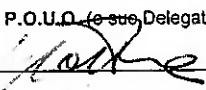
10) CODICE/PROGETTO/FINANZIAMENTO: fondi di bilancio o altro strumento (specificare) _____

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


Dott.ssa Adriana Ibbi - ASL Nuoro
Firma del Direttore Dipartimento P.O.U.O. (o suo Delegato)
■ Medicina Trasfusionale
■ Dottorato Medico

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 evidensi 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)

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro
