

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 Raspizzu

**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

**COMMISS.ARIO
STRAORDINARIO**
Dott. Angelo Zuccarelli

DIRETTORE SANITARIO
Dott. Pierpaolo Bitti

**DIRETTORE
AMMINISTRATIVO**
Dott.ssa Paola Raspizzu

**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: Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale;

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: 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 ☐ sì ☒ 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/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 ☒ sì ☐ no

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 ☒ sì ☐ 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): _____


Firma del Direttore Dipartimento di **Ematologia** (o suo Delegato)

Medicina Trasfusionale
Dirigente Medico
Dr.ssa Adriana Ippolito

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)

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro