



Nuoro, _____ prot. n. _____

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

loro sedi

**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

Oggetto: acquisto sistema integrato per PCR ed emocromo POCT

In funzione della nota ARES PG/2025/0034145 che demanda alle ASL la garanzia di fornitura dei sistemi di glucometria, chetonemia, emocromo e determinazione PCR in POCT, si propone trattativa biennale per la fornitura in service di sistemi per determinazione PCR ed emocromo con relativo materiale di consumo come da allegato dettaglio. Considerato l'importo, la necessità di mantenimento di un sistema stabile di fruizione e interfaccia Codesta Farmacia ha provveduto ad acquisire preliminare offerta da parte dell'ultimo fornitore.

Vedasi allegati

Importo della fornitura: € 1 5,194.16/annui + IVA 22%

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

CHESSA
PAOLA
Firmato digitalmente da
CHESSA PAOLA
Data: 2025.09.16
12:00:41 +02'00'



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: FARMACIA OSPEDALIERA;

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE :Dott.ssa Paola Chessal;

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/REPERTORI O	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
6 CONF	1183599	*2042205*	W0103010599	MINOTROL CRP LIV. 1 CFX2,5ML *2042205*
19 CONF	1177265	*0403010*	W0103010103	MINICLEAN CFX1L COD. 0403010
6 CONF	1183601	*2042207*	W0103010599	MINOTROL CRP LIV. 3 CFX2,5ML *2042207*
3 CONF	1393803	*K077001*	W0501010201	MICROPROVETTE 200 MICRL. PER PREL.SANGUE CAPILL. (CFX1000PZ)*K077001*
12 CONF	1183600	*2042206*	W0103010599	MINOTROL CRP LIV. 2 CFX2,5ML *2042206*
12 CONF	1110407	*0802010*	W0103010103	MINIDIL LMG (SOLUZ. ISOTONICA) CFX10 LITRI *0802010*
2 CONF	898257	*0401005*	W0103010199	MINOCLAIR ABX CFX 500 ML *0401005*
2 CONF	1183609	*3200044036*		CARTA TERMICA ROLL CFX10PZ - COD. 3200044036
20 CONF	1177264	*3200345511*	W01021109	CRP UNIT 50 REAG. CRP CF. 2KITX50TEST *3200345511*
2 CONF	1110413	*0501016*	W01021505	CRP STD (CALIB. PROTEINA C REATT.) CF 2X1ML *0501016*
8 CONF	1183735	*0906013*	W0103010103	LYSEBIO HORIBA ABX CONF. X 400ML *0906013*
9 CONF		*K090223*	W0104	MEDLANCE LANCETTE GIALLE MON. PUNGIDITO/TALL.NEON.PENETR.2MM

	1393802			(CFX1200PZ) *K090223*
3 CONF	1393819	*K090221*	W0104	MEDLANCE LANCETTE BLU' MONOUSO PUNGIDITO 21G PENETR.1,8MM (CFX1200PZ)(7044) *K090221*
2 CONF	1110412	*2032002*	W0103010507	MINOCAL CALIBRATORE EMATICO 1X2ML. *2032002*

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 € 140.000 (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** x

In caso affermativo specifica: HORIBA e relativo COD. PRODOTTO

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO ☐ **si** ☒ **no**

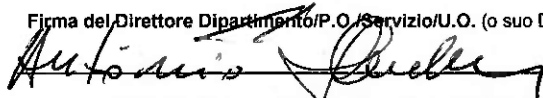
8) COSTO PRESUNTO

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

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

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

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





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 Farmaci Ospedaliero (o suo Delegato)
CHESSA PAOLA
Data: 2025.09.16 12:03:05
+02'00'

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

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro
