



Nuoro, _____ prot. n. _____

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

loro sedi

COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott. Angelo Zuccarelli

DIRETTORE SANITARIO

Dott. Pierpaolo 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: Richiesta di acquisizione materiale di consumo per iniettore RMN
"Empower_MR" – Diagnostica per Immagini Nuoro**

A seguito della richiesta pervenuta dal Direttore dell'U.O. di Radiologia del P.O. San Francesco di Nuoro, e in attuazione della Delibera del Direttore Generale n. 124 del 12/02/2025, si richiede l'avvio della procedura di acquisto del materiale di consumo specificato nel modulo allegato.

Il fabbisogno è stato definito in conformità con il provvedimento di aggiudicazione relativo al noleggio dell'iniettore "Empower_MR" ed è calcolato per un periodo di 60 mesi, corrispondente a circa 1.500 procedure diagnostiche.

In attesa di un cortese riscontro, si porgono
Distinti saluti.

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



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: **U.O.C. DI RADIOLOGIA E DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: **DOTT.SSA MARIANTONIETTA CALVISI**

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)
n. 150 scatole x 60 mesi di noleggio	17356			FASTLOAD MRSYR PACK 50/CS DVC (MONOPAZIENTE)
n. 350 scatole x 5 kit x 60 mesi di noleggio	640378			MUST KIT PLUS MR 5 KIT (OGNI KIT X 12 ORE DI ATTIVITA')

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

In caso affermativo specificare **DITTA BRACCO** relativo COD. PRODOTTO _____

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

7) PROGRAMMAZIONE ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI PER INIETTORE **BRACCO RMN**

RIF. DELIBERAN. 124 del 12/02/2025: NOLEGGIO INIETTORI RMN EMPOWER MR per un periodo di 60 mesi

8) COSTO PRESUNTO: _____

9) FABBISOGNO: MENSILE ☐ SEMESTRALE ☐ ANNUALE ☐ **PLURIENNALE** ☒ OCCASIONAL ☐

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
Firma del Direttore Dipartimento Diagnostica per Immagini U.O. (o suo Delegato)
U.O. Radiologia
Dirigente Medico
Dott.ssa Maria Antonietta Calvisi



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)

A handwritten signature in black ink, appearing to be "G. M. S.", is written over a horizontal line.

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
