

Nuoro, 18/12/2025_prot. n. _____

**COMMISSARIO
STRAORDINARIO**
Dott. Angelo Zuccarelli

DIRETTORE SANITARIO
ad interim Dott. Angelo Zuccarelli

**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

al Dir. SC Provveditorato ASL Nuoro
al Dir. Sanitario ASL Nuoro
al Dir. Amministrativo ASL Nuoro
loro sedi

Oggetto: richiesta lame per laringoscopio

Con la presente si richiede contrattualizzazione a valenza annua per lame per laringoscopio ad uso della SS di Anestesia. Il materiale così come la tecnologia richiesta non è incluso in contratti o convenzioni attive a livello Regionale.

E' inserito nella gara per la CND R in capo alla AOU Cagliari e pubblicata per la presentazione offerte da parte degli Operatori economici.

Potenziale fornitore: MDM Spa

Costo presunto annuo: € 33.000,00+ IVA 22% ca

In attesa di riscontro si porgono
distinti saluti

Il Direttore S.C. Farmacia
Dott.ssa Paola Chessa
CHESSA digitalmente da
PAOLA CHESSA PAOLA
Data: 2025.12.18
14:54:44 +01'00'

MODULO RICHIESTA ACQUISTO

BENE / SERVIZIO / APPARECCHIATURA

NON DI RILEVANZA ATS e per importo, in ragione d'anno, inferiore a € 140.000 (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 Struttura Complessa Provveditorato di Nuoro**

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: PIATTAFORMA ORM Anestesia

2) DIRETTORE / RESP. STRUTTURA RICHIEDENTE: D.ssa Usai Bastianina

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

QUANT	CODICE AREAS	REFERENZA	RDM/CND/REPERTORIO	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
10	1432615	0270-1143	RDM 2635149 CND-Z12021004	LAMA MONOUSO SPECTRUM QC Hyperangle S2 PER LARINGOSCOPIO
10	1573338	0270-1144	RDM 2635150 CND-Z12021004	LAMA MONOUSO SPECTRUM QC Hyperangle S2,5 PER LARINGOSCOPIO
200	1432635	0270-1145	RDM 2635518 CND-Z12021004	LAMA MONOUSO SPECTRUM QC Hyperangle S3 PER LARINGOSCOPIO
200	1432636	0270-1146	RDM 265098 CND-Z12021004	LAMA MONOUSO SPECTRUM QC Hyperangle S4 PER LARINGOSCOPIO
50	1627831	0270-1147	RDM-26335101 CND-Z12021004	LAMA MONOUSO SPECTRUM QC MAC S3 PER LARINGOSCOPIO
50	1627832	0270-1148	RDM 2634497 CND-Z12021004	LAMA MONOUSO SPECTRUM QC MAC S4 PER LARINGOSCOPIO
1	1586724	0270-1079	RDM 1154041 CND-Z12021994	GlideScope Spectrum LoPro S4 lama in titanio pluriuso

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

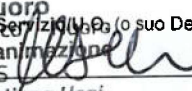
5) Trattasi di bene **DEDICATO/UNICO/INFUNGIBILE**, ex Art. 63, c. 2, lett. b), del D. Lgs. n° 50/2016 si no

In caso affermativo specificare **DITTA M.D.M. SRL** e relativo COD. PRODOTTO **Relativo all'apparecchio Glidescope core 10FHD Ref 0570-0436** presente a noleggio presso il nostro servizio

6) Richiesta per lotto unico si no ; più lotti si

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI _____

- 8) COSTO PRESUNTO: € 33.000 circa
- 9) FABBISOGNO: MENSILE SEMESTRALE ANNUALE PLURIENNALE OCCASIONALE
- 10) CODICE/PROGETTO/FINANZIAMENTO: fondi di bilancio o altro strumento (specificare) _____
- 11) EVENTUALI ALLEGATI (nel rispetto della vigente normativa privacy): SCHEDA TECNICA

ASL N. 3 - Nuoro
Firma del Direttore Dipartimento P.O. (Servizi U.P.) (o suo Delegato)
U.O.C. Anestesia e Rianimazione
Direttore SS 

Dot.ssa Maria Sebastiana Usai
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 evidenzi 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 ASSL 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 ASSL NUORO PER L'AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO:

Firma del Direttore ASL 3 Nuoro