

OK nome  
fonte  
TW

**MODULO RICHIESTA ACQUISTO  
BENE/SERVIZIO/APPARECCHIATURA**

**NON DI RILEVANZA ATS e per importo, in ragione d'anno, pari/inferiore a € 40.000,00 (IVA E)**  
(rif. Tabella 3 allegata alla Deliberazione D.G. ATS n° 800 del 15/06/2018)

 **ASLMediocampidano**  
Azienda Socio Sanitaria Locale  
**DIRETTORE SANITARIO**  
**Dr. Francesco Benedetto Ronchi**

Li \_\_\_\_\_ prot. n°NP/\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Alla S.C. Servizio Giuridico-Amm.vo ASSL OR

**OGGETTO:** richiesta d'acquisto.

**N.B.:** ai fini della privacy (dati sensibili) non indicare mai estremi anagrafici di assistiti/destinatari richiesta (solo nome ed iniziale cognome).

1) UO GINECOLOGIA ED OSTETRICIA

2) DOTT. ANTONIO CAMPIGLIO:

3) Per esigenze del suddetto Servizio/U.O., si chiede la fornitura dei seguenti beni a tal fine si dichiara che non vi sono procedure di gara aggiudicate/contratti attivi ATS/ASSL, 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 d'acquisto tipologia BENE/SERVIZIO EX D.P.C.M. 24/12/2015:    si     no

Q.tà	Codice AREAS	RDM/CND/Repertorio	Descrizione/caratteristiche tecniche oggetto richiesta (allegare documentazione specifiche tecniche)
1			Barella per trasporto malati

**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 ATS** (se di rilevanza ATS la richiesta deve essere preventivamente inoltrata alla struttura ATS competente per materia, ovvero: SC Acquisti Beni (per tutti i beni), SC Acquisti Servizi Sanitari (per i servizi sanitari), SC Acquisti Servizi non sanitari (per i servizi non sanitari), SC Ingegneria Clinica (per le apparecchiature/attrezzature elettromedicali/biomedicali), Dipartimento Farmaco ATS e Farmacie ASSL OR (per DD.MM./Medicinali/Dietetici/Farmaci, ecc.)

b) qualora **NON** sia di rilevanza ATS il bene/servizio/apparecchiatura richiesto deve avere un costo presunto di **IMPORTO ANNUO pari/inferiore a € 40.000,00 (Iva/E)**

**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 \_\_\_\_\_ e relativo COD. PRODOTTO \_\_\_\_\_;

ASL6 - Medio Campidano  
Data: 2023-10-26 08:41:57.0, NP/2023/862

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

7) ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO NECESSARI:

8) CODICE DI CONTO: (specificare conto di imputazione costo per lotto unico/singolo lotto) \_\_\_\_\_;

9) CENTRO DI COSTO: ;

10) COSTO PRESUNTO: 6000 euro \_\_\_\_\_;

11) RIFERIMENTI NORMATIVI: \_\_\_\_\_;

12) SOLO per AUSILI PROTESICI specificare:

a) Ausilio da **VECCHIO NOMENCLATORE** (D.M. 27 agosto 1999, n° 332) si  no

b) Ausilio da **NUOVO NOMENCLATORE** (DPCM 12/01/2017-G.U. n° 15 del 18/03/2017) si  no

c) Ausilio da **VIGENTE GARA ATS/ASSL** si  no

d) Ausilio **NON COMPRESO NELLE PRECEDENTI VOCI a), b), c)** si  no

Specificare le ragioni tecnico-sanitarie che motivano la richiesta di acquisto relativa ad ausilio protesico non compreso/previsto nelle precedenti lettere a), b) e c):

e) Ausilio con **PREZZO MAGGIORE a NOMENCLATORE TARIFFARIO/GARA ATS\_ASSL** si  no

Specificare codice bene e ragioni tecnico-sanitarie che, eventualmente, motivano la richiesta di acquisto relativa ad ausilio protesico di IMPORTO SUPERIORE A TARIFFARIO GARA/NOMENCLATORE:

Codice Ausilio: \_\_\_\_\_; Motivazioni: \_\_\_\_\_;

Nella fattispecie e) la differenza di prezzo è a carico dell'Assistito (art. 17, comma 5, DPCM 12/01/2017);

Ai sensi dell'art. 18, comma 9, del DPCM 12/01/2017 ("Destinatari delle prestazioni di assistenza protesica") gli ausili di cui agli elenchi 2A e 2B dell'allegato 5 al succitato DPCM, sono trasferiti in **proprietà all'Assistito** (fatta salva diversa disposizione regionale in merito ad eventuale comodato);

13) **DESTINAZIONE D'USO** (funzione del bene/servizio): utilizzo in sala parto

14) **FABBISOGNO**: MENSILE  SEMESTRALE  ANNUALE  PLURIENNALE  OCCASIONALE

15) **CODICE/PROGETTO/FINANZIAMENTO**: fondi di bilancio o altro strumento (specificare) \_\_\_\_\_;

16) **EVENTUALI ALLEGATI** (nel rispetto della vigente normativa privacy): \_\_\_\_\_;

**N.B.:** la S.C. Servizio Giuridico-Amm.vo di Area qualora rilevi che la presente richiesta evidenzia la necessità di annotazioni e/o di elementi mancanti (da integrare/completare), provvederà alla sua restituzione/integrazione/completamento ai fini del buon esito stesso della richiesta.

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

CAMPIGLIO Firmato digitalmente  
da CAMPIGLIO  
ANTONIO  
Data: 2023.10.10  
10:08:02 +02'00'

MC GILLIARD Firmato digitalmente da  
DERRICK  
CLIFFORD  
Data: 2023.10.20 09:06:42  
+02'00'

Istruente richiesta:

(specificare contatti per eventuale richiesta restituzione/integrazione/completamento istanza)

**PARTE RISERVATA ALLA S.C. SERVIZIO GIURIDICO-AMM.VO** (evidenziare eventuali note e/o elementi mancanti nella richiesta ai fini della restituzione/integrazione/completamento della richiesta).