



Ospedale  
Giovanni Paolo II

Area Direzione Medica di Presidio  
Direzione Medica

Prot. n° NP/2013/ 11898

Olbia, 22-11-2013

Al Direttore Servizio Provveditorato  
e p.c. Direzione Medica del Presidio di Olbia  
Direzione Medica del Presidio di Tempio P.

Loro sedi

**Oggetto: Acquisto urgente di "Sacchetto di raccolta liquidi", "Bobina endorettaile" e "Kit per rianimatore neonatale neopuff" dispositivi medici monouso non presenti nel M.E.P.A.**

Si richiede l'acquisto dei dispositivi medici monouso non presenti nel M.E.P.A. ripilogati in Allegato A ed indicati in dichiarazione di scelta del Direttore dell' u.o. richiedente.

Si riporta il quantitativo stimato per dodici mesi, nelle more dell'espletamento delle rispettive gare regionali aventi CND U.e.G, il prezzo unitario indicativo e la ditta fornitrice.

Distinti saluti

Il Resp. S.S.Az di Farmacia Ospedaliera  
Dott.ssa Caterina Bucciero

DSanna

ALLEGATO A

Rif.	Ditta	CND	REP	Descrizione	Codice prodotto	U.M.	QUANTITA' PREVISTA	PREZZO UNITARIO PRESUNTO	VALORE PRESUNTO	NOTE
1	BAXTER SPA	U9099	78648	Sacchetto di raccolta liquidi di drenaggio	FUC31	N	100	20,00	2.000,00	D.D.S.U.O. OSTETRICIA E GINECOLOGIA TEMPIO PAUSANJA
2	MEDRAD INC	G020301	108675	Bobina endorettaile	BPX15	N	140	110,00	15.400,00	D.D.S.U.O. RADIOLOGIA OLBIA
3	TE.S.MED	Z12159099	29610	Kil con raccordo a T monopaziente per rianimatore neonatale neppuff	900RD010	N	40	24,00	960,00	D.D.S.U.O. PEDIATRIA OLBIA
								TOTALE IMPONIBILE	18.360,00	
								TOTALE IVATO	22.399,20	

**MODELLO "C":**
**RICHIESTA DI NUOVI DISPOSITIVI MEDICI/DISPOSITIVI DIAGNOSTICI IN  
VITRO PER FORNITURE COMPLEMENTARI**
**DATI GENERALI**

Richiesta n° \_\_\_\_\_

Centro di costo **NIDO Olbia**

Utilizzatore ed unità di riferimento

Unità Operativa **PEDIATRIA Olbia**Utilizzatore **NIDO Olbia**

Recapiti

Telefono 914

E-mail [nido.olbia@asl.it](mailto:nido.olbia@asl.it)**Tipo di dispositivo:**

- DM (ex D.Lg.vo 46/97)  
 DMIA ( D. Lg.vo n°507/92)  
 IVD ( Lg.vo n°332 /00)

*Nel caso di DM indicare:* **29610/R**
N° iscrizione Repertorio **713158099**Classificazione Nazionale (CND): **713158099**Classe di rischio (D.L.vo 46/97): **I - IIa - IIb - III****Tipo richiesta**

Nuovo dispositivo SI

Variazione dell'esistente\* \_\_\_\_\_

\* indicare il dispositivo di cui si richiede la variazione

**Descrizione del prodotto e suo utilizzo clinico**

Kit con raccordo a T monopaziente per rianimatore neonatale neopuff

o **Riferimento alla fornitura da ampliare:**

N° delibera 849 del 12-4-2012

**SEZIONE TECNICA****Informazioni relative alla gamma dei prodotti e dei produttori\***Codice prodotto **900RD010**

Accessori richiesti per l'utilizzo del dispositivo \_\_\_\_\_

Confezionamento **4 confezioni per anno**Ditta produttrice **Fisher e Paykel Healthcare**

Eventuali esigenze di strumentazione legata all'utilizzo \_\_\_\_\_

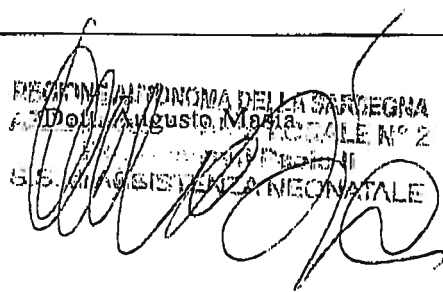
Distributore **TEM.S.MED.snc fax 0709530084****COSTI**• Costo unitario di acquisto in Euro (iva esclusa) **24 euro (confezione da 10 pezzi totale 240 euro)**• Costo eventuale materiale di consumo collegato **totale 960 euro per anno****DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA**

a. Scheda tecnica del prodotto

b. Altre informazioni ritenute utili dal richiedente \_\_\_\_\_

Data **2-10-2013**

Firma


 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
 Dott. Augusto Maria Sale N° 2  
 S.S. DIAGNOSI E TERAPIA NEONATALE