

MODULO A – RICHIESTA CIG FONDO DELLE URGENZE

Azienda Socio-Sanitaria Locale n.2 della Gallura

Sede Legale: via Bazzoni-Sircana, 2/2A – 07026 Olbia (SS)

Tel. 0789/552305 - www.aslgallura.it

Posta certificata: protocollo@pec.aslgallura.it

Codice Fiscale e Partita IVA: 02891650901

Revisione 00

Sommario

1	Modulo A	3
1.1.	Scopo e campo di applicazione del documento	3
1.2.	Modulo A	4

1 MODULO A

1.1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE DEL DOCUMENTO

Lo scopo del presente allegato è il seguente:

Esplicitare in maniera univoca il fabbisogno espresso dalla Farmacia competente per l'acquisto del bene oggetto della richiesta. I campi con asterisco sono obbligatori, così come la firma digitale del Direttore del Servizio e la registrazione su protocollo aziendale.

1.2. MODULO A

Richiesta CIG per acquisto tramite il fondo delle urgenze

Decreto Legislativo 31/03/2023, n. 36 e ss.mm.ii

Protocollo PG/____/____ del ____/____/____

Modulo A - Pag. 1/2

ASL Gallura

SC Tecnologia e Transizione Digitale

AI RUP

Email: servizio.acquisti@aslgaallura.it

OGGETTO*:	(descrivere nel dettaglio il bene per cui si chiede l'apertura del CIG)	
SERVIZIO RICHIEDENTE*:	(indicare la struttura richiedente secondo l'atto aziendale) SC/SSD _____	
DIRETTORE/RESPONSABILE DEL SERVIZIO*:	(indicare il nominativo del Direttore/Responsabile o suo delegato per la richiesta) Dott./Dott.ssa _____	
DELIBERA/DETERMINA di creazione del fondo per le urgenze*:	(indicare gli estremi dell'atto autorizzativo aziendale all'emissione di CIG urgenti) Delibere/Determina n. _____ del ____/____/____	

Al fine di garantire le prestazioni di assistenza sanitaria si chiede l'acquisizione del CIG per i seguenti beni:

Codice prodotto AREAS	RDM/Repertorio	CND	Descrizione*	Specifiche tecniche	Quantità*	Importo esclusa IVA*

(in caso di più farmaci compilare due o più moduli)

A tal fine il sottoscritto dichiara che:

- ☒ l'acquisto in argomento ha carattere di urgenza;
- ☒ in ambito regionale/nazionale non vi sono altre procedure di acquisto in corso, aggiudicate, affidate o contratti attivi;
- ☒ quanto richiesto non è disponibile presso i magazzini aziendali;
- ☐ la fonte di finanziamento è la seguente _____;
(specificare se con fonti del bilancio o altro strumento/codice progetto specifico)
- ☐ si tratta di bene dedicato/unico/infungibile ai sensi dell'articolo 76 del decreto legislativo n. 36 del 31/03/2023, e a tal fine si comunica quanto segue:
produttore/fabbricante _____ e codice prodotto del produttore/fabbricante _____;
- ☒ l'operatore economico fornitore è il seguente:
Ragione Sociale* _____ PIVA* _____;
- ☒ si dichiara che il prodotto sarà inserito nella programmazione pluriennale degli acquisti ASL Gallura;
- ☒ si dichiara che si procederà a rendicontazione trimestrale degli ordini emessi e delle fatture liquidate.

Direttore/Responsabile del Servizio richiedente

(firmare digitalmente)

Nota bene: le informazioni di cui sopra con (*) sono obbligatorie, in mancanza non si procederà ad acquisire i relativi CIG

Modulo A - Pag. 2/2

Parte da compilare a cura del RUP:

<u>RUP</u>	Dott./Dott.ssa _____
<u>OGGETTO:</u>	(inserire oggetto indicato sulla Piattaforma Contratti Pubblici)
<u>CIG:</u>	
<u>IMPORTO affidamento:</u>	(importo IVA esclusa) € _____, ____
<u>Data affidamento:</u>	(inserire data del protocollo di richiesta)
<u>Operatore Economico</u>	(indicare Ragione Sociale)
<u>PIVA e CF</u>	