

SERVIZIO SANITARIO  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2**  
Olbia

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 2310 DEL 31-07-2013

OGGETTO: FORNITURA DISPOSITIVI MEDICI "SUTURA CHIRURGICA VENTROFIL" E "DISPOSITIVO PER FUNZIONALITÀ CARDIACA " NON PRESENTI NEL MEPA .-

L'anno duemilatredici il giorno Tredicesimo del mese di luglio

in Olbia, nella sede legale dell'Azienda Sanitaria Locale n. 2.

**IL DIRETTORE GENERALE**

*Dottor Giovanni Antonio Fadda*

Sentiti i pareri favorevoli del

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Gianfranco Casu

e del

DIRETTORE SANITARIO

Dott.ssa Maria Serena Fenu

**SU** Proposta del Servizio Provveditorato e Amministrazione Patrimoniale

**PREMESSO** che il Responsabile della Farmacia Ospedaliera con lettera Prot. NP/2013/6892 del 1.07.2013 chiede l'acquisto di dispositivi medici monouso non presenti nel mercato elettronico della Pubblica Amministrazione;;  
specifica inoltre che i prodotti in questione non sono disponibili presso la Farmacia Ospedaliera ma sono inseriti nelle gare regionali e quantifica in 18 mesi il tempo presunto per l'espletamento delle stesse;  
la richiesta è corredata della documentazione, che si allega alla presente, con cui i Dirigenti Medici delle UU.OO. di Cardiologia e Chirurgia del P.O. di Olbia motivano la scelta delle ditte fornitrici dei dispositivi in parola ;

**DATO ATTO** che la legislazione vigente obbliga le amministrazioni pubbliche tenute al rispetto della normativa in materia di contratti pubblici di aderire, ove esistenti, alle convenzioni Consip , nel rispetto dei principi di tutela della concorrenza e di avvalersi, tra l'altro, del mercato elettronico CONSIP per l'acquisto di beni vari;

**VERIFICATO** che nella vetrina del mercato elettronico non sono presenti i dispositivi medici monouso di cui alla richiesta citata in premessa e non è presente il meta prodotto;

**DATO ATTO** che così come espressamente indicato dal Responsabile del Servizio Farmaceutico il materiale più sopra richiesto può essere acquistato :

per la voce 1) elettrocatetere Bard NBIH dalla Ditta Bard di Roma per un importo di € 8.550,00;

per la voce 2) sutura chirurgica Ventrofil dalla Ditta Cardiomed di Cagliari per un importo di € 1.172,800 ;

le Imprese, contattate, hanno formulato la loro offerta, agli atti del Servizio Provveditorato;

**CONSIDERATO** che la spesa per l'acquisto complessivo del materiale in parola è pari a € 9.722,80 netto I.V.A.;

è possibile il ricorso all'acquisizione in economia, ai sensi dell'art. 125 comma 11 del D.Lgs. 12 aprile 2006 n.163;

**RITENUTO** opportuno procedere urgentemente all'acquisto del materiale suddetto per far fronte alle esigenze della Farmacia Ospedaliera ;

**VISTI:**

- il D. Lgs. 163/2006 e successive modificazioni ed integrazioni;
- il D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- la L. R. 28 luglio 2006, n. 10;
- la L. R. 24 marzo 1997, n. 10 e successive modificazioni ed integrazioni.

Per le motivazioni espone in premessa

#### **DELIBERA**

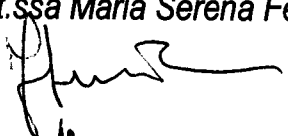
- Di autorizzare l'acquisto di dispositivi medici "sutura chirurgica ventrofil" e "dispositivo per funzionalità cardiaca" dalle ditte e con le modalità di seguito riportate:

DITTA BARD VIA CINA 444 - 00144 ROMA OFFERTA MI/sf/ 2.263P del 18707/2013							
DESCRIZIONE	CND	CODICE PRODOTTO	REPERTORIO	UM	QUANTITA'	PREZZO UNITARIO	TOTALE I.V.A. ESCLUSA
CATETERE AD ELETTRODO BARD WOVEN BIPOLARE PER STIMOLAZIONE NBIH G Fr 110 cm	C020101	007153 P	21170	N.	45	€ 190,00	€ 8.550,00
CONF.X 5							TOTALE I.V.A. ESCLUSA € 1.172,80
PREZZO A CONF. € 950						I.V.A. 21%	€ 246,29
							TOTALE I.V.A. INCLUSA € 1.419,09
DITTA CARDIOMED VIA G.B. VENTURI 4/A 09131 CAGLIARI - PROT. N. 146/2013 GM/rp							
DESCRIZIONE	CND	CODICE PRODOTTO	REPERTORIO	UM	QUANTITA'	PREZZO UNITARIO	TOTALE I.V.A. ESCLUSA
SET IN ACCIAIO RITORTO CON GUAINA IN POLIETILENE PER IL TRATTAMENTO E LA PREVENZIONE DELLE DEIESCENZE ADDOMINALI DOPO LAPARATOMIA, SUTUIRA CHIRURGICA VENTROFIL DS100 75 cm ca	H01010202020101	993.042	296832	N.	32	€ 36,65	€ 1.172,800
						I.V.A. 21%	€ 246,288
							TOTALE I.V.A. INCLUSA € 1.419,09

- di dare atto che la spesa di cui sopra pari complessivamente ad € 11.764,59 I.V.A. inclusa (€9.722,80 + I.V.A. 21% € 2.041,79 )graverà sul conto n. 0501010801 avente ad oggetto " Acquisto di presidi chirurgici e materiale sanitario";
- di trasmettere il presente provvedimento all'Area Programmazione Controllo Committenza e al Servizio Contabilità e Bilancio per i provvedimenti di competenza;
- di provvedere alla liquidazione delle fatture con deliberazione del Direttore Generale, previo controllo della regolarità delle forniture;
- di comunicare il presente atto all'Assessorato regionale dell'Igiene e sanità e dell'assistenza Sociale, ai sensi dell'art. 29, comma 2, della legge regionale 28 luglio 2006, n.10.

Letto, confermato e sottoscritto


IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dott.ssa Maria Serena Fenu)



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott. Gianfranco Casu)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO F.F.

IL DIRETTORE GENERALE  
(Dott. GIOVANNI ANTONIO FADDA)



Per il Servizio Proveditorato  
Proposta 707/2013  
F.M./mmr



(luogo e data) Olbia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

La presente deliberazione:

... è soggetta al controllo ai sensi dell'art. 29, comma 1, lettere a), b), c), della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

oppure

... deve essere comunicata al competente Assessorato regionale ai sensi dell'articolo 29, comma 2, della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10

Il Responsabile del Servizio/Struttura \_\_\_\_\_ (proponente/estensore)

(firma) \_\_\_\_\_

Si certifica che la presente deliberazione è pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Sanitaria Locale n. 2 di Olbia

dal 07/08/2013, e che:

è esecutiva dal giorno della pubblicazione ai sensi della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

... con lettera in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, protocollo n. \_\_\_\_\_, è stata inviata all'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale per il controllo di cui all'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

Olbia, 07/08/2013.

Il Responsabile del Servizio Affari Generali e Legali

La presente deliberazione:

... è divenuta esecutiva, ai sensi dell'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10, in virtù della Determinazione del Direttore del Servizio \_\_\_\_\_ dell'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale n. \_\_\_\_\_ del

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

... è stata annullata, ai sensi dell'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10, in virtù della Determinazione del Direttore del Servizio \_\_\_\_\_ dell'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale n. \_\_\_\_\_ del

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

... è divenuta esecutiva per decorrenza dei termini per il controllo, ai sensi dell'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

Olbia, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Il Responsabile del Servizio Affari Generali e Legali

Per copia conforme all'originale esistente agli atti della Azienda Sanitaria Locale n. 2, per uso

Olbia, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Il Responsabile del Servizio Affari Generali e Legali



n. prot... 7574.....

Olbia, 17.07.2013

All'Avv. Roberto Di Gennaro

Direttore Serv. Provveditorato

Sede

**Oggetto: delega funzioni.**

Atteso che il Direttore Amministrativo di questa Azienda sarà assente dal Servizio a far data dal 29 luglio 2013 al 11 agosto 2013,

Dispone

che la S.V. svolga le funzioni attribuite dalla normativa vigente al Direttore Amministrativo a far data dal 29 luglio 2013 al 11 agosto 2013.

Distinti saluti.

Il Direttore Generale  
Dr. Giovanni Antonio Fadda



pg 1

Prot. NP/2013/6899

~~Prot. n°~~ OLBI, 0-1-07-2013

Al Direttore Servizio Provveditorato  
e p.c. Direzione Medica del Presidi di Olbia

Loro sedi

**Oggetto: Acquisto urgente di "Elettrocatteteri Bard NBIH" e di "Sutura chirurgica Ventrofil", dispositivi medici monouso non presenti nel MePa**

Si richiede l'acquisto dei dispositivi medici monouso riepilogati in Allegato A precisando che:

- per il lotto 1 "la curvatura dell'elettrodo è adattabile alle diverse anatomie vascolari e cardiache del paziente" oltre che una consolidata tecnica pratica acquisita nel tempo;
- per il lotto 2 il prodotto, presente nella nuova gara per le "Suture chirurgiche" al lotto 0 ma per il quale non sono pervenute offerte, è indicato per "la prevenzione delle deiscenze addominali dopo laparatomia per pazienti anziani, obesi o già operati",

e che gli stessi sono stati indicati in dichiarazione di scelta dai rispettivi Direttori delle uu.oo. richiedenti.

Si riporta il quantitativo stimato per 18 mesi, tempo presunto per lo svolgimento delle rispettive gare regionali, il prezzo unitario indicativo e la ditta fornitrice, e si evidenzia che una prima ricerca degli stessi nel mercato elettronico delle pubbliche amministrazioni si è rivelata infruttuosa.

Distinti saluti

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



DS

ALLEGATO A

Rif.	Ditta	CND	REP	Descrizione	Codice prodotto	U.M.	QUANTITA' 18 MESI	PREZZO UNITARIO PRESUNTO	VALORE PRESUNTO	NOTE
1	BARB	C020101	21170	Catetere ad elettrodo Bard Woven Bipolare per stimolazione NBIH G Fr 110 cm	007153P	N	45	450	20250	D.D.S CARDIOLOGIA E UTIC OLBIA
<b>BARB Totale</b>									20250	
2	CARDIOMED	H01010202020101	296832	Set in acciaio ritorto con guaina in polietilene per il trattamento e la prevenzione delle deiscenze addominali dopo laparotomia, sutura chirurgica VENTROFIL DS100 75 cm ca	993042	N	32	36,65	1172,8	D.D.S CHIRURGIA GENERALEOLBIA
<b>CARDIOMED Totale</b>									1172,8	
<b>Totale complessivo</b>									21422,8	



**MODELLO "D": RICHIESTA NUOVI DISPOSITIVI MEDICI /DISPOSITIVI DIAGNOSTICI IN VITRO**

**DATI GENERALI**

Richiesta n° \_\_\_\_\_

Centro di costo CHIRURGIA

Unita' Operativa SALA OPERATORIA

Utilizzatore CHIRURGO

Recapiti SALA OPERATORIA

Telefono 0789/552981

E-mail \_\_\_\_\_

**Tipo richiesta**

Nuovo dispositivo   NO

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

**Tipo di dispositivo**

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

o Nel caso di DM indicare:

N° iscrizione Repertorio ..... 296832  
 Classificazione Nazionale (CND): H010202020101  
 Classe di rischio (D.L.vo 46/97): I - IIa - IIb - III

**Accessori richiesti per l'utilizzo del dispositivo:**

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

N° iscrizione Repertorio .....  
 Classificazione Nazionale (CND):.....  
 Classe di rischio (D.L.vo 46/97): I - IIa - IIb - III

\*(indicare il dispositivo di cui si richiede la variazione)

**Descrizione del prodotto e suo utilizzo clinico**

Set in acciaio inox con pinze in polietilene per il trattamento e la prevenzione delle ernie addominali dopo laparotomia e per scaricare le eccessive tensioni lungo le linee di sutura specialmente in pazienti obesi.

**SEZIONE TECNICA**

**Informazioni relative alla gamma dei prodotti e dei produttori\***

Codice prodotto 983042

Confezionamento B/BRAUN AESCLAP AG

Ditta produttrice DUPRA CONFELIONE S.P.A.

Distributore XANU ? CARDIONE D

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

**Accessori richiesti per l'utilizzo del dispositivo**

Codice prodotto \_\_\_\_\_

Confezionamento \_\_\_\_\_

Ditta produttrice \_\_\_\_\_

Distributore \_\_\_\_\_

**IMPATTO COERENZA STRATEGICA**

**Rispetto alle alternative esistenti il nuovo dispositivo rappresenterebbe:**

- Innovazione \_\_\_\_\_
- Sostituzione \_\_\_\_\_
- Affiancamento \_\_\_\_\_

L'introduzione del dispositivo è necessario per l'attività di base del Dipartimento/Unità?

No

\*se si indicare le motivazioni:

Il nuovo set in acciaio inox con pinze addominali per pazienti obesi, obesi, o post-operatori.

**Il dispositivo è innovativo per l'azienda?**

No   Si\*

\*se si indicare le motivazioni

**Esistono altri dispositivi analoghi già utilizzati in azienda?**

No   Si\*

\*se si quali? \_\_\_\_\_

**MODELLO "D": RICHIESTA NUOVI DISPOSITIVI MEDICI /DISPOSITIVI DIAGNOSTICI IN VITRO**

**VANTAGGI E PECULIARITA' LEGATE ALL'UTILIZZO**

Se presenti alternative, quali sono i vantaggi clinici ed economici del dispositivo rispetto alle alternative già in uso: \_\_\_\_\_

Si prevede un risparmio di tempo nell'erogazione della prestazione?

-  No  
-  Si\*

\*se si quali? \_\_\_\_\_

Si prevedono vantaggi per il paziente?

No  
 Si\*

Si prevede un risparmio nei costi?

-  No  
-  Si\*

\*se si quali? Evitare complicanze e re-interventi

\*se si quali? prevenzione delle emicrazioni dei leproso celi

**SEZIONE DEL PERSONALE**

Esiste personale preposto all'utilizzo?

No  
 Si\*

\*se no specificare: \_\_\_\_\_

Da formare

Si  
 No

Numero e qualifica del personale da formare \_\_\_\_\_

Da assumere

-  Si  
-  No

Numero e qualifica del personale da assumere \_\_\_\_\_

**DESCRIZIONE ATTIVITA'**

Numero dei dispositivi normalmente necessari per:

- Paziente 1
- Giornate di degenza \_\_\_\_\_
- Ricovero \_\_\_\_\_

Fabbisogno annuo presunto:

- Tipo di prestazioni effettuate
- Quantità annua 20
  - Ordinarie 20
  - DH 0
  - Ambulatoriali 0

Quale DRG (se applicabile) o ICD 9 CM è collegato all'utilizzo del dispositivo in oggetto?

DRG \_\_\_\_\_  
ICD 9 CM \_\_\_\_\_

Il dispositivo è stato già acquistato precedentemente?

-  No  
-  Si\*

\*in caso affermativo specificare la quantità \_\_\_\_\_

E' stata utilizzata campionatura gratuita?

-  No  
-  Si\*

\*in caso affermativo allegare una relazione clinica.

**COSTI**

• Costo unitario di acquisto in Euro (iva esclusa) € 36,65

• Costo eventuale materiale di consumo collegato \_\_\_\_\_

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA**

- Publicazioni scientifiche internazionali;
- Scheda tecnica del prodotto;
- Altre informazioni ritenute utili dal richiedente.

Data 18/06/2013

Firma 



**DATI GENERALI**

Richiesta n° \_\_\_\_\_

Centro di costo \_\_\_\_\_

Unita' Operativa CARDIOLOGIA

Utilizzatore \_\_\_\_\_

Recapiti Dott<sup>SSA</sup> ROSANNA PES

Telefono 0789.552975

E-mail rpes@ASLOLOBIA.it

**Tipo richiesta**

Nuovo dispositivo SI  NO   
 Variazione dell'esistente\*

\*(indicare il dispositivo di cui si richiede la variazione)

**Descrizione del prodotto e suo utilizzo clinico**

CATETERE AD ELETTRODO BARD KOVEN BIPOLARE PER STIMOLAZIONE NB 1H 9 FR 110 CM

**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:*

N° iscrizione Repertorio 21170

Classificazione Nazionale (CND): C020101

Classe di rischio (D.L.vo 46/97): I - IIa - IIb - III

**Accessori richiesti per l'utilizzo del dispositivo:**

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

N° iscrizione Repertorio \_\_\_\_\_

Classificazione Nazionale (CND): \_\_\_\_\_

Classe di rischio (D.L.vo 46/97): I - IIa - IIb - III

**SEZIONE TECNICA**

**Informazioni relative alla gamma dei prodotti e dei produttori\***

Codice prodotto 007153P

Confezionamento 1 CONFEZIONE SPZ SINGOLO

Ditta produttrice BARD

Distributore DITTA BARD

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

**Accessori richiesti per l'utilizzo del dispositivo**

Codice prodotto \_\_\_\_\_

Confezionamento \_\_\_\_\_

Ditta produttrice \_\_\_\_\_

Distributore \_\_\_\_\_

**IMPATTO COERENZA STRATEGICA**

Rispetto alle alternative esistenti il nuovo dispositivo rappresenterebbe:

- Innovazione \_\_\_\_\_
- Sostituzione \_\_\_\_\_

Affiancamento  
 L'introduzione del dispositivo è necessario per l'attività di base del Dipartimento/Unità?  
 - No



**DATI GENERALI**

Richiesta n° \_\_\_\_\_

Centro di costo \_\_\_\_\_

Unita' Operativa CARDIOLOGIA

Utilizzatore \_\_\_\_\_

Recapiti Dott<sup>SSA</sup> ROSANNA PES

Telefono 0789.552975

E-mail rpes@ASLOlbia.it

**Tipo richiesta**

Nuovo dispositivo SI  NO

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

\*(indicare il dispositivo di cui si richiede la variazione)

**Descrizione del prodotto e suo utilizzo clinico**

CATETERE AD ELETTRODO BARD KOVEN BIPOLEARE PER STIMOLAZIONE NB1H 9 FR 110 CM

**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:

N° iscrizione Repertorio 21170

Classificazione Nazionale (CND): C020101

Classe di rischio (D.L.vo 46/97): I - IIa - IIb - **III**

**Accessori richiesti per l'utilizzo del dispositivo:**

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

N° iscrizione Repertorio \_\_\_\_\_

Classificazione Nazionale (CND): \_\_\_\_\_

Classe di rischio (D.L.vo 46/97): I - IIa - IIb - III

**SEZIONE TECNICA**

**Informazioni relative alla gamma dei prodotti e dei produttori\***

Codice prodotto 007153P

Confezionamento 1 CONFEZIONE Spz. SINGOLO

Ditta produttrice BARD

Distributore DITTA BARD

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

**Accessori richiesti per l'utilizzo del dispositivo**

Codice prodotto \_\_\_\_\_

Confezionamento \_\_\_\_\_

Ditta produttrice \_\_\_\_\_

Distributore \_\_\_\_\_

**IMPATTO COERENZA STRATEGICA**

Rispetto alle alternative esistenti il nuovo dispositivo rappresenterebbe:

- Innovazione \_\_\_\_\_
- Sostituzione \_\_\_\_\_

Affiancamento  
L'introduzione del dispositivo è necessario per l'attività di base del Dipartimento/Unità?  
- No

- Si\*

\*se si indicare le motivazioni:

\_\_\_\_\_

Il dispositivo è innovativo per l'azienda?

- No

- Si\*

\*se si indicare le motivazioni

*caratteristiche dell'elettrodo adattabile  
alle diverse morfologie vascolari e c.d. che*

Esistono altri dispositivi analoghi già  
utilizzati in azienda?

No

Si\*

\*se si quali? \_\_\_\_\_

## VANTAGGI E PECULIARITA' LEGATE ALL'UTILIZZO

Se presenti alternative, quali sono i vantaggi  
clinici ed economici del dispositivo rispetto  
alle alternative già in uso: \_\_\_\_\_

Si prevedono vantaggi per il paziente?

- Si\*

- No

\*se si quali? \_\_\_\_\_

Si prevede un risparmio di tempo  
nell'erogazione della prestazione?

- No

- Si\*

\*se si quali? \_\_\_\_\_

Si prevede un risparmio nei costi?

- No

- Si\*

\*se si quali? \_\_\_\_\_

## SEZIONE DEL PERSONALE

Esiste personale preposto all'utilizzo?

- \*

- No

\*se no specificare: \_\_\_\_\_

Da formare

- Si

-

Numero e qualifica del personale da  
formare \_\_\_\_\_

Da assumere

- Si

-

Numero e qualifica del personale da  
assumere \_\_\_\_\_

## DESCRIZIONE ATTIVITA'

Numero dei dispositivi normalmente  
necessari per:

• Paziente 1

• Giornate di degenza \_\_\_\_\_

• Ricovero \_\_\_\_\_

Fabbisogno annuo presunto:

Tipo di prestazioni effettuate

• Quantità annua 30 ambulatorie

• Ordinarie \_\_\_\_\_

• DH \_\_\_\_\_

• Ambulatoriali \_\_\_\_\_

Quale DRG (se applicabile) o ICD 9 CM è  
collegato all'utilizzo del dispositivo in  
oggetto?

- DRG

- ICD 9 CM

Il dispositivo è stato già acquistato precedentemente?

- No

- \*

\*in caso affermativo specificare la quantità

vedi gara precedente

E' stata utilizzata campionatura gratuita?

- No

- Si\*

\*in caso affermativo allegare una relazione  
clinica.

## COSTI

• Costo unitario di acquisto in Euro (iva esclusa) EURO 450,00



**ASL Olbia, LO "D": RICHIESTA NUOVI DISPOSITIVI MEDICI /DISPOSITIVI  
DIAGNOSTICI IN VITRO**

- Costo eventuale materiale di consumo collegato

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA**

- Publicazioni scientifiche internazionali;
- Scheda tecnica del prodotto;
- Altre informazioni ritenute utili dal richiedente.

Data 24.06.2013

Firma \_\_\_\_\_

**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE N° 2  
P.O. Giovanni Paolo II  
U.O. CARDIOLOGIA - AMBULATORIO**