

**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2 OLBIA**

---

**DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE**

**N.237                    DEL 10/03/2016**

**FARMACIA TERRITORIALE  
OGGIANO MARIA TEA**

---

(firma digitale apposta)

**OGGETTO:** LIQUIDAZIONE FATTURE DI PRODOTTI DESTINATI AD UNA ALIMENTAZIONE PARTICOLARE. DITTA CELIAPHARM SAS 2015

La presente Determinazione
è soggetta al controllo preventivo di cui al comma 1 dell'art. 29 della L. R. 10 / 2006
viene comunicata al competente Assessorato regionale, ai sensi del comma 2 dell'art. 29 della L. R. 10 / 2006, qualora comportante impegno di spesa inferiore a euro 5.000.000

Si attesta che la presente determinazione viene pubblicata nell'Albo Pretorio on-line della ASL n. 2 di Olbia	
Dal 10/03/2016	Al 25/03/2016
Area Affari Generali, Affari Legali, Comunicazione	

**Il Responsabile del Servizio Farmaceutico Territoriale**

**Premesso** che il Servizio Medicina di Base e Assistenza Integrativa dell'Asl 2 di Olbia ha autorizzato la fornitura di prodotti destinati ad una alimentazione particolare come da documentazione agli atti dello scrivente servizio;

**Visti** i documenti contabili emessi dalla ditta Celiapharm SAS (SS) relativi alla fornitura di cui si tratta, che risultano regolari sia sotto il profilo contabile che per quel che attiene alla corrispondenza del materiale sanitario fornito a ciascun paziente avente diritto;

**Dato atto** della regolarità della fattura ditta Celiapharm SAS (SS) relativa alla fornitura dei prodotti specificati nelle diete allegate a ciascun documento;

**Ritenuto** di dover provvedere alla liquidazione della fattura come riportato nel seguente allegato per un importo complessivo di € **272,05** iva inclusa;

**Visti** la Legge Regionale 28 Luglio 2006 n° 10; la Legge Regionale 24 Marzo 1997 n°10 e successive modificazioni;

;

**DETERMINA**

- di liquidare le fatture allegate in copia alla presente come parte integrante e sostanziale per un importo complessivo di € **272,05** iva inclusa;
- di imputare la spesa secondo la tabella di seguito specificata

<b>ANNO</b>	<b>UFF AUTORIZZ.</b>	<b>MACRO</b>	<b>NUMERO CONTO</b>	<b>IMPORTO(IVA INCL.)</b>
2015	UA2_FARM	1	A502020401	<b>272,05</b>

- di trasmettere copia del presente atto al Servizio Contabilità e Bilancio per gli adempimenti di competenza

**Il Responsabile del Servizio Farmaceutico Territoriale**

**Dott.ssa Maria Tea Oggiano**

Allegati: n. 1

Il Responsabile dell'Istruttoria: F.G.Buschettu

		ALLEGATO "A" ALLA DETERMINA N° _____ DEL _____			
NUM. FORNITORE	FARMACIA/DITTA	NOTA DI CREDITO	N° FATT.	DATA	IMPORTO
1337564	CELIAPHARM SAS		7/PA	29/12/2015	272,05
	<b>TOT</b>				<b>272,05</b>

L' ADDETTO ALLA LIQUIDAZIONE

Francesco Giuseppe Buschetti

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Dr.ssa Maria Tea Oggiano