

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

**DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

**N. 241      DEL 24/02/2015**

**OGGETTO:** MEDICINA PROTESICA -FORNITURA DI APPARECCHIATURE VARIE E RELATIVI CONSUMABILI PER LA VENTILAZIONE POLMONARE

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

TECLEME PAOLO

*(firma digitale apposta)*

<b>ACQUISITI I PARERI DI</b>			
<b>DIRETTORE SANITARIO</b>		<b>DIRETTORE AMMINISTRATIVO</b>	
DOTT. ORTU SALVATORICO		DOTT.SSA GIOVANNA PUZZI	
FAVOREVOLE	X	FAVOREVOLE	X
CONTRARIO		CONTRARIO	
<i>(firma digitale apposta)</i>		<i>(firma digitale apposta)</i>	

La presente Deliberazione
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
STRUTTURA PROPONENTE SERVIZIO PROVVEDITORATO E AMMINISTRAZIONE PATRIMONIALE

Si attesta che la presente deliberazione viene pubblicata nell'Albo Pretorio on-line della ASL n. 2 di Olbia	
Dal 24/02/2015	Al 11/03/2015
Area Affari Generali, Affari Legali, Comunicazione	

**Su proposta del Servizio Provveditorato e Amministrazione Patrimoniale e su istanza dei Distretti Aziendali**

**RICHIAMATA** la deliberazione n. 1543 del 24.12.2014 avente per oggetto: *“procedura negoziata per la fornitura di apparecchiature varie e relativi consumabili per la ventilazione polmonare”*, avviata, in attesa di aggiudicazione di gara centralizzata regionale capofila la ASL di Carbonia, una volta acquisita la progettazione dai Distretti di Olbia e Tempio Pausania (comunque oggetto di rettifica in corso di gara); detta procedura include anche i beni di consumo per i prodotti già in dotazione e in consegna ai pazienti;

**PRESO ATTO** che, scaduto il precedente appalto, questa Azienda ha rilasciato diverse autorizzazioni ai soggetti, aventi diritto, affetti da gravi patologie invalidanti quali distrofia muscolare congenita, insufficienza respiratoria, SLA per le quali si rende necessario procedere senza ulteriore indugio ad assicurare le forniture richieste; due di esse (trattasi di prescrizione di “auto sv, ventilatore bilevel” e di “ventilatore Elisee 150 con materiale di consumo”) non sono comunque incluse nella gara in corso (non inserite in progettazione dai Distretti); inoltre sono pervenute dai distretti varie richieste di consumabili per beni in utilizzo dagli assistiti;

**DATO ATTO** che a tutt’oggi non sono ancora concluse le operazioni di gara di cui alla deliberazione più sopra citata; pertanto, come detto, si rende necessario procedere, nelle more dell’aggiudicazione, ad acquisire le forniture urgenti e fuori gara e, per far questo, si è accertato di poter ricorrere, nella quasi totalità, allo strumento del nolo (meglio, leasing operativo), comprendente la fornitura dell’apparecchiatura, i relativi consumabili e la manutenzione su guasto, con canone giornaliero; per la gran parte delle forniture, si è contrattato (dapprima informalmente: riunione del 9 febbraio presso il Distretto di Tempio, poi formalmente: richiesta di offerta prot.6347 del 9.02.2015 - offerta acquisita al prot. con protocollo PG/2015/6500 del 10.02.2015, agli atti del Servizio ) con l’impresa Sapio Life perché non partecipante alla gara in corso (negoziare con altre avrebbe reso meno trasparenti le operazioni di gara, considerato che le offerte economiche prevedono il doppio round); i relativi noli sono determinati su canone giornaliero per un periodo di quattro mesi (sia perché approssimativamente coerente con le previsioni di operatività della nuova gara, sia perché una durata minore, su contratto non strutturato come accordo quadro di durata temporale più lunga, non avrebbe consentito all’impresa di ammortizzare i consumabili); in un caso, invece, la prescrizione è su bene non commercializzato da Sapio, ed anche fuori gara; quindi l’acquisizione, autonoma anche rispetto alla procedura in corso perché su prescrizione esterna e quindi non inclusa in progettazione dai Distretti, dev’essere fatta dall’impresa Vivisol, distributrice del ventilatore ELISEE 150; inoltre, è necessario autorizzare una spesa per i consumabili già richiesti, in istruttoria, comunque stimata in non meno di € 10.000,00 netto IVA; ed è altresì opportuno autorizzare fin d’ora una ulteriore spesa per eventuali nuove forniture fino ad aggiudicazione gara in corso, determinando un budget aggiuntivo pari ad € 12.000,00 netto iva, dando atto che le relative eventuali acquisizioni, con le stesse metodiche, potranno essere disposte con determinazione dirigenziale; tutto ciò è comunque compreso nel tetto di affidamento ex art. 125 del D. Lgs. 163/06 (trattasi come detto di due affidamenti diversi: il primo è costituito dal

gruppo d'affidamenti comprendente il nolo, l'acquisto del ventilatore bilevel e relativi consumabili, i consumabili per i beni già in utilizzo - per i quali sussistevano comunque i presupposti per l'affidamento ex art. 57 comma 2 lett b -; il secondo è l'acquisto dei ventilatori modello Alisee e relativi consumabili); di seguito il dettaglio delle negoziazioni :

	<b>AUTORIZZAZIONE</b>		costo nolo giornaliero	costo totale, netto iva, per mesi 4
paziente DM	53/2014 distretto Tempio	lotto 4	€ 2,00	€ 240,00
paziente SGA	16/2014 distretto Tempio	lotto 2	€ 2,50	€ 300,00
paziente PS	917/2014 distretto Tempio	lotto 3	€ 8,50	€ 1.020,00
paziente SMC	927/2014 distretto Tempio	lotto 5	€ 3,00	€ 360,00
paziente MA	414/2015 distretto Olbia	lotto 1	€ 7,50	€ 900,00
paziente UL	406/2015 distretto Olbia	lotto 1	€ 7,50	€ 900,00
paziente MM	2750/2014 distretto Olbia	lotto 5	€ 3,00	€ 360,00
paziente MD	2752/2014 distretto Olbia	lotto 2	€ 2,50	€ 300,00
paziente FC	2949/2014 distretto Olbia	lotto 5	€ 3,00	€ 360,00
totale noleggio netto iva				<b>€ 4.740,00</b>

a) ditta Sapio Life

-(offerta 21 gd15) -nolo respiratori polmonari per un periodo di quattro mesi inclusa manutenzione su guasto full risk

- offerta 26gd15- acquisto di ventilatore auto sv, ventilatore bilevel completo di materiale di consumo

quantità	AUTORIZZAZIONE N. 874 PAZIENTE M.T	COSTO	Totale
1	Autoset CS-A RESMED - ventilatore a due livelli di pressione con algoritmo ASV	€ 3.762,00	€ 3.762,00
3	maschera oro nasale Ultra Mirage Resmed M completa di cuffia e dispersore Co2	€ 168,00	€ 504,00
12	Filtro macchina	€ 2,59	€ 31,08
3	circuito respiratorio Slem Line	€ 12,00	€ 36,00
TOTALE NETTO IVA			<b>€ 4.333,08</b>

b) ditta Vivisol Cagliari

quantità	AUTORIZZAZIONE N. 200 PAZIENTE ZG	COSTO	Totale
2	ventilatori Elisee 150 - ResMed	€ 6.500,00	€ 13.000,00
2	umidificatori riscaldati mod. MR850 - F&P dotati di camera di umidificazione riutilizzabile	€ 1.788,00	€ 3.576,00
8	cannule tracheostomiche Portex mis. 8;	€ 122,50	€ 980,00
120	circuiti di umidificazione completi di vasca e tubi	€ 52,80	€ 633,60

120	filtri HME	€ 1,70	€ 204,00
12	catheter mount a raccordo girevole	€ 1,12	€ 13,44
	TOTALE NETTO IVA		<b>€ 18.407,04</b>

**Visti**  
n.26;

La legge regionale 01.08.1996 n. 34 integrata con DA.I.S. 28.01.1997

Il D.M.S. n.332/1999;  
Il D.lgs 30.12.1992 n. 502 e s.m.i.;  
La L.R. 28.07.2006 n.10;  
La L.R. 24.03.1997 n. 10 e s.m.i.;  
Il D.lgs 12.04.2006 n. 163 e s.m.i.;

### **IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

per i motivi sopra espressi,

### **DELIBERA**

- di disporre in favore della ditta **Sapio Life srl** P.I. 02006400960 Via Silvio Pellico, 48 - 20900 - Monza (MB):

a) l'affidamento della fornitura, per quattro mesi , nella forma del noleggio (leasing operativo) secondo le modalità stabilite in premessa e dettagliatamente indicate nell'allegato (SUB 1) alla presente , al costo complessivo di **€ 4.929,60 (imponibile € 4.740,00+ € 189,60 iva al 4%);**

b) l'acquisto di un ventilatore auto sv, bilevel completo di materiale di consumo con le modalità stabilite in premessa e dettagliatamente indicate nell'allegato (SUB 2) alla presente , al costo complessivo di **€ 4.506,40 (imponibile € 4.333,08 + € 173,32 iva al 4%);**

- di acquistare dalla **Ditta Vivisol** P.I. 02422300968 Via Borgazzi N°27 - 20900 - Monza (MB), n. 2 ventilatori Alisee completi di materiale di consumo con le modalità stabilite in premessa e dettagliatamente indicate nell'allegato (SUB 3) alla presente , al costo complessivo di **€ 19.143,32 (imponibile € 18.407,04 + € 736,28 iva al 4%);**

c) di autorizzare l'acquisto di vari consumabili per beni in utilizzo presso assistiti come da richieste allegate (SUB 4), dando atto che trattasi di spesa presunta complessiva di circa € 10.000,00 netto IVA, che sarà precisata nel dettaglio con determinazioni dirigenziali;

d) autorizzare fin d'ora una ulteriore spesa per eventuali nuove forniture fino ad aggiudicazione gara in corso, determinando un budget aggiuntivo pari ad € 12.000,00 netto iva (€ 6.000,00 Distretto di Olbia - € 6.000,00 Distretto di Tempio), dando atto che le relative eventuali

acquisizioni, con le stesse metodiche, potranno essere disposte con determinazione dirigenziale, come sempre previa prescrizione validata dai distretti;

-di imputare le spese secondo le tabelle di seguito specificate:

<b>ANNO</b>	<b>UFF AUTORIZZ.</b>	<b>MACRO</b>	<b>NUMERO CONTO</b>	<b>IMPORTO (Iva incl.)</b>
2015	UA2_DISTROLB	1	0508030101	€ 2.932,8
2015	UA2_DISTROLB	1	0502020501	€ 19.143,32
2015	UA2_DISTRTEMP	1	0508030101	€ 1.996,80
2015	UA2_DISTRTEMP	1	0502020501	€ 4.506,40

-di dare atto che l'emissione degli ordini del materiale aggiudicato e la liquidazione delle relative fatture con le modalità indicate nella nota della Direzione Amministrativa Aziendale avente protocollo NP/2013/7714 del 18/07/2013, previo riscontro della regolarità della fornitura, per le relative competenze, sarà eseguita, rispettivamente, dal Servizio di Assistenza Protesica del Distretto di Olbia e del Distretto di Tempio;

-di trasmettere copia del presente atto al Servizio Contabilità e Bilancio e all'Area Controllo e Committenza e Servizio di Assistenza Protesica del Distretto di Olbia e del Distretto di Tempio Pausania ;

-di Comunicare il presente atto all'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale ai sensi dell'art. 29 c. 2 della Legge Regionale 28 Luglio 2006, n.10.

**Il Commissario**

**Dr. Paolo Tecleme**

**Straordinario**

**Allegati n. 4**

per il Servizio

R. Di Gennaro

M.Amic

Cod. Servizio 37 /2015

## ALLEGATO ( SUB 3)

quantità	AUTORIZZAZIONE N. 200 PAZIENTE ZG	COSTO	Totale
2	ventilatori Elisee 150 – ResMed	€ 6.500,00	€ 13.000,00
2	umidificatori riscaldati mod. MR850 - F&P dotati di camera di umidificazione riutilizzabile	€ 1.788,00	€ 3.576,00
8	cannule tracheostomiche Portex mis. 8;	€ 122,50	€ 980,00
120	circuiti di umidificazione completi di vasca e tubi	€ 52,80	€ 633,60
120	filtri HME	€ 1,70	€ 204,00
12	catheter mount a raccordo girevole	€ 1,12	€ 13,44
		TOTALE NETTO IVA	<b>€ 18.407,04</b>
		iva al 4%	<b>€ 736,28</b>
		totale iva inclusa	<b>€ 19.143,32</b>



## ALLEGATO ( SUB 1)

	AUTORIZZAZIONE		costo nolo giornaliero	costo totale, netto iva, per mesi 4
paziente DM	53/2014 distretto Tempio	lotto 4	€ 2,00	€ 240,00
paziente SGA	16/2014 distretto Tempio	lotto 2	€ 2,50	€ 300,00
paziente PS	917/2014 distretto Tempio	lotto 3	€ 8,50	€ 1.020,00
paziente SMC	927/2014 distretto Tempio	lotto 5	€ 3,00	€ 360,00
paziente MA	414/2015 distretto Olbia	lotto 1	€ 7,50	€ 900,00
paziente UL	406/2015 distretto Olbia	lotto 1	€ 7,50	€ 900,00
paziente MM	2750/2014 distretto Olbia	lotto 5	€ 3,00	€ 360,00
paziente MD	2752/2014 distretto Olbia	lotto 2	€ 2,50	€ 300,00
paziente FC	2949/2014 distretto Olbia	lotto 5	€ 3,00	€ 360,00
totale noleggio netto iva				<b>€ 4.740,00</b>
iva al 4%)				€ 189,60
totale iva inclusa				€ 4.929,60



## ALLEGATO ( SUB 2)

quantità	AUTORIZZAZIONE N. 874 PAZIENTE M.T	COSTO	Totale
1	Autoset CS-A RESMED - ventilatore a due livelli di pressione con algoritmo ASV	€ 3.762,00	€ 3.762,00
3	maschera oro nasale Ultra Mirage Resmed M completa di cuffia e dispersore Co2	€ 168,00	€ 504,00
12	Filtro macchina	€ 2,59	€ 31,08
3	circuito respiratorio Slem Line	€ 12,00	€ 36,00
	TOTALE NETTO IVA		<b>€ 4.333,08</b>
	IVA 4%		€ 173,32
	TOTALE IVA INCLUSA		€ 4.506,40



**ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA**

Modello di Autorizzazione (da consegnare al fornitore)

Autorizzazione n° 0 930

Data 27/10/2014

Cognome	[REDACTED]	Nome	[REDACTED]
Codice fiscale	[REDACTED]	Telefono	[REDACTED]
Nato a	[REDACTED]	il	[REDACTED]
Residente a	[REDACTED]	Via	[REDACTED]

Vista la prescrizione dello specialista Dott. VILLANOVA MARCELLO del presidio di U. DI RECUPERO E RIABIL. M del Presidio Ospedaliero di NIGRISOLI -BO

- fornitura di presidio     riparazione di presidio     Ai fini dell'applicazione dell'IVA l'assistito è portatore di menomazione permanente

**PRESIDI AUTORIZZATI ALLA FORNITURA**

Descrizione Presidio	Codice tariffario	Quantità	Prezzo	Totale	Iva
Maschere nasali "Ultra Mirage" RESMED mis. standard	*	2,00	0,00	0,00	4
Circuiti ventilatore paziente	*	2,00	0,00	0,00	4
Filtri interni ventilatore "VIVO 40"	*	12,00	0,00	0,00	4
Filtri anti-batterici	*	36,00	0,00	0,00	4

A.S.L. n. 2 OLBIA  
Distretto di Tempio Pausan.  
Il Direttore  
Dr. ssa Anna Marconi

Il Responsabile del Servizio

Importo totale (Iva compresa) 0,00

IL Funzionario Amministrativo

**Nota informativa** L'assistito si impegna a collaudare presso l'ASL di residenza il presidio autorizzato entro 20 giorni dal momento della consegna, e a restituire tempestivamente il presente allegato al fornitore. Nel caso in cui il presidio non regolarmente collaudato dovesse risultare inadeguato l'ASL non sosterrà il costo della modifica, né della riparazione, né sarà sostituito. Qualora l'assistito non si presenti al collaudo il costo della fornitura rimarrà a suo totale carico. Il fornitore dovrà attenersi a quanto previsto nell'art. 4 del D.M. 332/99. I dispositivi non strettamente personalizzati sono ceduti in comodato d'uso e dovranno essere riconsegnati all'ASL al momento del non utilizzo.

L'assistito \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

<p><b>Collaudo</b></p> <p>Presidio matricola n° _____</p> <p>Dichiaro che il presidio erogato è idoneo e funzionale a quanto prescritto</p> <p><b>Lo Specialista Prescrittore</b></p> <p>_____</p> <p>Data _____</p>	<p><b>Azienda fornitrice</b></p>	<p><b>Dichiarazione di ricevuta di gradimento</b></p> <p><b>L'Assistito</b></p> <p>_____</p> <p>Data _____</p>
--	----------------------------------	--

**ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA**

Modello di Autorizzazione (da consegnare al fornitore)

Autorizzazione n° 01104

Data 22/12/2014

Cognome	[REDACTED]	Nome	[REDACTED]
Codice fiscale	[REDACTED]	Telefono	[REDACTED]
Nato a	[REDACTED]	il	[REDACTED]
Residente a	[REDACTED]	Via	[REDACTED]
Vista la prescrizione dello specialista Dott. LAI		del presidio di U.O. DI O.R.L.	
del Presidio Ospedaliero di TEMPIO P.			

- fornitura di presidio     riparazione di presidio     Ai fini dell'applicazione dell'IVA l'assistito è portatore di menomazione permanente

**PRESIDI AUTORIZZATI ALLA FORNITURA**

Descrizione Presidio	Codice tariffario	Quantità	Prezzo	Totale	Iva
Aspiratore CAMI mod. Askir SM 30	*	1,00	0,00	0,00	4

AUCHE' RICHIEDERE LA SOSTITUZIONE

(NON RISPONDE)

**A.S.L. n. 2 OLIA**  
Distretto di Tempio Pausania  
Il Direttore  
*(Dr.ssa Anna Mancini)*

Il Responsabile del Servizio

Importo totale (Iva compresa) 0,00

IL Funzionario Amministrativo

**Nota informativa** L'assistito si impegna a collaudare presso l'ASL di residenza il presidio autorizzato entro 20 giorni dal momento della consegna, e a restituire tempestivamente il presente allegato al fornitore. Nel caso in cui il presidio non regolarmente collaudato dovesse risultare inadeguato l'ASL non sosterrà il costo della modifica, né della riparazione, né sarà sostituito. Qualora l'assistito non si presenti al collaudo il costo della fornitura rimarrà a suo totale carico. Il fornitore dovrà attenersi a quanto previsto nell'art. 4 del D.M. 332/99. I dispositivi non strettamente personalizzati sono ceduti in comodato d'uso e dovranno essere riconsegnati all'ASL al momento del non utilizzo.

L'assistito \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Collaudo**

Presidio matricola n° \_\_\_\_\_

Dichiaro che il presidio erogato è idoneo e funzionale a quanto prescritto

Lo Specialista Prescrittore

Data \_\_\_\_\_

**Azienda fornitrice**

**Dichiarazione di ricevuta di gradimento**

L'Assistito

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA

Modello di Autorizzazione (da consegnare al fornitore)

Autorizzazione n° **407** Data **09/02/2015**

Cognome	[REDACTED]	Nome	[REDACTED]
Codice fiscale	[REDACTED]	Telefono	[REDACTED]
Nato a	[REDACTED]	il	[REDACTED]
Residente a	OLBIA	Via	[REDACTED]
Vista la prescrizione dello specialista Dott. Paschino		del presidio di Amb.Pneumologia-Olbia	
del Presidio Ospedaliero di			

fornitura di presidio     riparazione di presidio     Ai fini dell'applicazione dell'IVA l'assistito è portatore di menomazione permanente

PRESIDI AUTORIZZATI ALLA FORNITURA

Descrizione Presidio	Codice tariffario	Quantita	Prezzo	Totale	Iva	Giac.
Maschere	*	3,00			4	<input type="checkbox"/>
Filtri antibatterici	*	3,00			4	<input type="checkbox"/>

Importo totale (Iva compresa) **0,00**

Il Responsabile del Servizio

[Signature]

IL Funzionario Amministrativo

[Signature]

**Nota Informativa** L'assistito si impegna a collaudare presso l'ASL di residenza il presidio autorizzato entro 20 giorni dal momento della consegna, e a restituire tempestivamente il presente allegato al fornitore. Nel caso in cui il presidio non regolarmente collaudato dovesse risultare inadeguato l'ASL non sosterrà il costo della modifica, né della riparazione, né sarà sostituito. Qualora l'assistito non si presenti al collaudo il costo della fornitura rimarrà a suo totale carico. Il fornitore dovrà attenersi a quanto previsto nell'art. 4 del D.M. 332/99. I dispositivi non strettamente personalizzati sono ceduti in comodato d'uso e dovranno essere riconsegnati all'ASL al momento del non utilizzo.

L'assistito \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

<p align="center"><b>Collaudo</b></p> <p>Presidio matricola n° _____</p> <p>Dichiaro che il presidio erogato è idoneo e funzionale a quanto prescritto</p> <p align="center">Lo Specialista Prescrittore</p> <p>_____</p>	<p align="center"><b>Azienda fornitrice</b></p>	<p align="center"><b>Dichiarazione di ricevuta di gradimento</b></p> <p align="center">L'Assistito</p> <p>_____</p>
---	---	---

Data \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA

Modello di Autorizzazione (da consegnare al fornitore)

Autorizzazione n° **2099**

Data **23/09/2014**

Cognome	[REDACTED]	Nome	[REDACTED]
Codice fiscale	[REDACTED]	Telefono	[REDACTED]
Nato a	[REDACTED]	il	[REDACTED]
Residente a	[REDACTED]	Via	VI. [REDACTED]

Vista la prescrizione dello specialista Dott. **Paschino** del presidio di **Amb Pneumologia - Olbia**  
del Presidio Ospedaliero di

- fornitura di presidio     riparazione di presidio     Ai fini dell'applicazione dell'IVA l'assistito è portatore di menomazione permanente

**PRESIDI AUTORIZZATI ALLA FORNITURA**

Descrizione Presidio	Codice tariffario	Quantità	Prezzo	Totale	Iva	Giac.
Maschere nasali mis.M	*	2,00	28,60	57,20	4	<input type="checkbox"/>
Cuffia reggimaschera	*	2,00	17,05	34,10	4	<input type="checkbox"/>
Ditta agg.Medicair	*					<input type="checkbox"/>

Importo totale (Iva compresa)

**94,951**

Il Responsabile del Servizio

[Signature]

IL Funzionario Amministrativo

[Signature]

**Nota Informativa** L'assistito si impegna a collaudare presso l'ASL di residenza il presidio autorizzato entro 20 giorni dal momento della consegna, e a restituire tempestivamente il presente allegato al fornitore. Nel caso in cui il presidio non regolarmente collaudato dovesse risultare inadeguato l'ASL non sosterrà il costo della modifica, né della riparazione, né sarà sostituito. Qualora l'assistito non si presenti al collaudo il costo della fornitura rimarrà a suo totale carico. Il fornitore dovrà attenersi a quanto previsto nell'art. 4 del D.M. 332/99. I dispositivi non strettamente personalizzati sono ceduti in comodato d'uso e dovranno essere riconsegnati all'ASL al momento del non utilizzo.

L'assistito \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

<p><b>Collaudo</b></p> <p>Presidio matricola n° _____</p> <p>Dichiaro che il presidio erogato è idoneo e funzionale a quanto prescritto</p> <p><b>Lo Specialista Prescrittore</b></p> <p>_____</p> <p>Data _____</p>	<p><b>Azienda fornitrice</b></p>	<p><b>Dichiarazione di ricevuta di gradimento</b></p> <p><b>L'Assistito</b></p> <p>_____</p> <p>Data _____</p>
--	----------------------------------	--

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA

Modello di Autorizzazione (da consegnare al fornitore)

Autorizzazione n° **169** Data **28/01/2015**

Cognome	██████████	Nome	██████████
Codice fiscale	██████████	Telefono	██████████
Nato a	██████████	il	██████████
Residente a	██████████	Via	██████████ I

Vista la prescrizione dello specialista Dott. \_\_\_\_\_ del presidio di **Amb.Neurologia-Olbia**  
del Presidio Ospedaliero di \_\_\_\_\_

fornitura di presidio     riparazione di presidio     Ai fini dell'applicazione dell'IVA l'assistito è portatore di menomazione permanente

**PRESIDI AUTORIZZATI ALLA FORNITURA**


Descrizione Presidio	Codice tariffario	Quantità	Prezzo	Totale	Iva	Giac.
Circuiti ventilatore Legendair Monotubo	*	12,00	6,12	73,44	4	<input type="checkbox"/>

Importo totale (Iva compresa) **76,38**

Il Responsabile del Servizio



IL Funzionario Amministrativo

A.S.L. N. 2 OLBI  


**Nota informativa** L'assistito si impegna a collaudare presso l'ASL di residenza il presidio autorizzato entro 20 giorni dal momento della consegna, e a restituire tempestivamente il presente allegato al fornitore. Nel caso in cui il presidio non regolarmente collaudato dovesse risultare inadeguato l'ASL non sosterrà il costo della modifica, né della riparazione, né sarà sostituito. Qualora l'assistito non si presenti al collaudo il costo della fornitura rimarrà a suo totale carico. Il fornitore dovrà attenersi a quanto previsto nell'art. 4 del D.M. 332/99. I dispositivi non strettamente personalizzati sono ceduti in comodato d'uso e dovranno essere riconsegnati all'ASL al momento del non utilizzo.

L'assistito \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

<p><b>Collaudo</b></p> <p>Presidio matricola n° _____</p> <p>Dichiaro che il presidio erogato è idoneo e funzionale a quanto prescritto</p> <p>Lo Specialista Prescrittore</p> <p>_____</p>	<p><b>Azienda fornitrice</b></p>	<p><b>Dichiarazione di ricevuta di gradimento</b></p> <p>L'Assistito</p> <p>_____</p>
---	----------------------------------	---

Data \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA

Modello di Autorizzazione (da consegnare al fornitore)

Autorizzazione n° **2902** Data **18/12/2014**

Cognome	[REDACTED]	Nome	[REDACTED]
Codice fiscale	[REDACTED]	Telefono	[REDACTED]
Nato a	[REDACTED]	il	[REDACTED]
Residente a	[REDACTED]	Via	[REDACTED]

Vista la prescrizione dello specialista Dott. **Pala** del presidio di **del Presidio Ospedaliero di Rianimazione - Olbia**

fornitura di presidio     riparazione di presidio     Ai fini dell'applicazione dell'IVA l'assistito è portatore di menomazione permanente

**PRESIDI AUTORIZZATI ALLA FORNITURA**

Descrizione Presidio	Codice tariffario	Quantità	Prezzo	Totale	Iva	Giac.
Maschere orofacciali misura M	*	2,00	28,60	57,20	4	<input type="checkbox"/>
Ditta aggiudicataria Medicalr	*					<input type="checkbox"/>
Cuffie reggimaschera	*	2,00	17,05	34,10	4	<input type="checkbox"/>
Maschere nasali misura M	*	2,00	28,60	57,20	4	<input type="checkbox"/>
Cuffie reggimaschera	*	2,00	17,05	34,10	4	<input type="checkbox"/>
Filtri antibatterici	*	8,00	1,38	11,04	4	<input type="checkbox"/>

Importo totale (Iva compresa)

**201,39**

Il Responsabile del Servizio

[Signature]

IL Funzionario Amministrativo

[Signature]

**Nota informativa** L'assistito si impegna a collaudare presso l'ASL di residenza il presidio autorizzato entro 20 giorni dal momento della consegna, e a restituire tempestivamente il presente allegato al fornitore. Nel caso in cui il presidio non regolarmente collaudato dovesse risultare inadeguato l'ASL non sosterrà il costo della modifica, né della riparazione, né sarà sostituito. Qualora l'assistito non si presenti al collaudo il costo della fornitura rimarrà a suo totale carico. Il fornitore dovrà attenersi a quanto previsto nell'art. 4 del D.M. 332/99. I dispositivi non strettamente personalizzati sono ceduti in comodato d'uso e dovranno essere riconsegnati all'ASL al momento del non utilizzo.

L'assistito \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

<p><b>Collaudo</b></p> <p>Presidio matricola n° _____</p> <p>Dichiaro che il presidio erogato è idoneo e funzionale a quanto prescritto</p> <p>Lo Specialista Prescrittore</p> <p>_____</p>	<p><b>Azienda fornitrice</b></p>	<p><b>Dichiarazione di ricevuta di gradimento</b></p> <p>L'Assistito</p> <p>_____</p>
---	----------------------------------	---

Data \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_



ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA

Modello di Autorizzazione (da consegnare al fornitore)

Autorizzazione n° **218** Data **04/02/2015**

Cognome	[REDACTED]	Nome	[REDACTED]
Codice fiscale	[REDACTED] SM	Telefono	[REDACTED]
Nato a	[REDACTED]	il	[REDACTED]
Residente a	[REDACTED]	Via	[REDACTED]

Vista la prescrizione dello specialista Dott. \_\_\_\_\_ del presidio di **Servizio di salute mentale-Olb**  
del Presidio Ospedaliero di \_\_\_\_\_

fornitura di presidio     riparazione di presidio     Ai fini dell'applicazione dell'IVA l'assistito è portatore di menomazione permanente

PRESIDI AUTORIZZATI ALLA FORNITURA

Descrizione Presidio	Codice tariffario	Quantità	Prezzo	Totale	Iva	Giac.
Computer RICONDUCEBILE a	*	1,00			4	<input type="checkbox"/>
Comunicatore simbolico a 100 caselle	*					<input type="checkbox"/>

Importo totale (Iva compresa) **0,00**

Il Responsabile del Servizio

[Signature]

IL Funzionario Amministrativo

Servizio \_\_\_\_\_

[Signature]

**Nota Informativa** L'assistito si impegna a collaudare presso l'ASL di residenza il presidio autorizzato entro 20 giorni dal momento della consegna, e a restituire tempestivamente il presente allegato al fornitore. Nel caso in cui il presidio non regolarmente collaudato dovesse risultare inadeguato l'ASL non sosterrà il costo della modifica, né della riparazione, né sarà sostituito. Qualora l'assistito non si presenti al collaudo il costo della fornitura rimarrà a suo totale carico. Il fornitore dovrà attenersi a quanto previsto nell'art. 4 del D.M. 332/99. I dispositivi non strettamente personalizzati sono ceduti in comodato d'uso e dovranno essere riconsegnati all'ASL al momento del non utilizzo.

L'assistito \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Collaudo	Azienda fornitrice	Dichiarazione di ricevuta di gradimento
Presidio matricola n° _____ Dichiaro che il presidio erogato è idoneo e funzionale a quanto prescritto Lo Specialista Prescrittore _____		L'Assistito _____

Data \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA

Modello di Autorizzazione (da consegnare al fornitore)

Autorizzazione n° **2866** Data **16/12/2014**

Cognome	[redacted]	Nome	[redacted]
Codice fiscale	[redacted]	Telefono	[redacted]
Nato a	[redacted]	il	[redacted]
Residente a	[redacted]	Via	[redacted]

Vista la prescrizione dello specialista Dott. **Delola** del presidio di **U.O. Pneumologia-Sassari**  
 del Presidio Ospedaliero di

- fornitura di presidio     riparazione di presidio     Ai fini dell'applicazione dell'IVA l'assistito è portatore di menomazione permanente

**PRESIDI AUTORIZZATI ALLA FORNITURA**

Descrizione Presidio	Codice tariffario	Quantità	Prezzo	Totale	Iva	Giac.
Maschere nasali tipo 'Profile' in gel di silicone Misura M	*	4,00			4	<input type="checkbox"/>
Circuiti paziente 'Not disponibile'	*	4,00			4	<input type="checkbox"/>
Cuffie reggi maschera	*	4,00			4	<input type="checkbox"/>
Filtri macchina	*	12,00			4	<input type="checkbox"/>
Filtri Antibatterici	*	12,00			4	<input type="checkbox"/>

Importo totale (iva compresa) **0,00**

Il Responsabile del Servizio

[Signature]

IL Funzionario Amministrativo

[Signature]

**Nota informativa** L'assistito si impegna a collaudare presso l'ASL di residenza il presidio autorizzato entro 20 giorni dal momento della consegna, e a restituire tempestivamente il presente allegato al fornitore. Nel caso in cui il presidio non regolarmente collaudato dovesse risultare inadeguato l'ASL non sosterrà il costo della modifica, né della riparazione, né sarà sostituito. Qualora l'assistito non si presenti al collaudo il costo della fornitura rimarrà a suo totale carico. Il fornitore dovrà attenersi a quanto previsto nell'art. 4 del D.M. 332/99. I dispositivi non strettamente personalizzati sono ceduti in comodato d'uso e dovranno essere riconsegnati all'ASL al momento del non utilizzo.

L'assistito \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

<p><b>Collaudo</b></p> <p>Presidio matricola n° _____</p> <p>Dichiaro che il presidio erogato è idoneo e funzionale a quanto prescritto</p> <p>Lo Specialista Prescrittore</p> <p>_____</p>	<p><b>Azienda fornitrice</b></p>	<p><b>Dichiarazione di ricevuta di gradimento</b></p> <p>L'Assistito</p> <p>_____</p>
---	----------------------------------	---

Data \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA

Modello di Autorizzazione (da consegnare al fornitore)

Autorizzazione n° **2888** Data **18/12/2014**

Cognome	[REDACTED]	Nome	[REDACTED]
Codice fiscale	[REDACTED]	Telefono	[REDACTED]
Nato a	[REDACTED]	il	[REDACTED]
Residente a	[REDACTED]	Via	[REDACTED]

Vista la prescrizione dello specialista Dott. \_\_\_\_\_ del presidio di \_\_\_\_\_  
 del Presidio Ospedaliero di \_\_\_\_\_


fornitura di presidio     riparazione di presidio     Ai fini dell'applicazione dell'IVA l'assistito è portatore di menomazione permanente

PRESIDI AUTORIZZATI ALLA FORNITURA

Descrizione Presidio	Codice tariffario	Quantità	Prezzo	Totale	Iva	Glac.
Circuito pz	*	4,00			4	<input type="checkbox"/>
Maschera oronasale misura M	*	3,00			4	<input type="checkbox"/>
Cuffia reccimaschera	*	3,00			4	<input type="checkbox"/>
Filtri macchina	*	10,00			4	<input type="checkbox"/>

Importo totale (Iva compresa) 0,00

Il Responsabile del Servizio



IL Funzionario Amministrativo

  
 Servizio Amministrativo

**Nota informativa** L'assistito si impegna a collaudare presso l'ASL di residenza il presidio autorizzato entro 20 giorni dal momento della consegna, e a restituire tempestivamente il presente allegato al fornitore. Nel caso in cui il presidio non regolarmente collaudato dovesse risultare inadeguato l'ASL non sosterrà il costo della modifica, né della riparazione, né sarà sostituito. Qualora l'assistito non si presenti al collaudo il costo della fornitura rimarrà a suo totale carico. Il fornitore dovrà attenersi a quanto previsto nell'art. 4 del D.M. 332/99. I dispositivi non strettamente personalizzati sono ceduti in comodato d'uso e dovranno essere riconsegnati all'ASL al momento del non utilizzo.

L'assistito \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

<p align="center"><b>Collaudo</b></p> <p>Presidio matricola n° _____</p> <p>Dichiaro che il presidio erogato è idoneo e funzionale a quanto prescritto</p> <p align="center"><b>Lo Specialista Prescrittore</b></p> <p>_____</p>	<p align="center"><b>Azienda fornitrice</b></p>	<p align="center"><b>Dichiarazione di ricevuta di gradimento</b></p> <p align="center">L'Assistito</p> <p>_____</p>
--	---	---

Data \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA

Modello di Autorizzazione (da consegnare al fornitore)

Autorizzazione n° **2751** Data **04/12/2014**

Cognome	[REDACTED]	Nome	[REDACTED]
Codice fiscale	[REDACTED]	Telefono	[REDACTED]
Nato a	[REDACTED]	il	[REDACTED]
Residente a	[REDACTED]	Via	[REDACTED]

Vista la prescrizione dello specialista Dott. Paschino del presidio di Amb. Pneumologia-Olbia del Presidio Ospedaliero di

- fornitura di presidio   
  riparazione di presidio   
  Ai fini dell'applicazione dell'IVA l'assistito è portatore di menomazione permanente

PRESIDI AUTORIZZATI ALLA FORNITURA

Descrizione Presidio	Codice tariffario	Quantità	Prezzo	Totale	Iva	Glac.
Maschere nasali	*	8,00	28,60	228,80	4	<input type="checkbox"/>
Filtri antibatterici	*	12,00	1,38	16,56	4	<input type="checkbox"/>
Cuffie Reggimaschere	*	6,00	17,05	102,30	4	<input type="checkbox"/>
Filtro macchina	*	6,00	1,76	10,56	4	<input type="checkbox"/>
Valvola	*	1,00	14,85	14,85	4	<input type="checkbox"/>
Serbatoio umidificatore	*	1,00	121,88	121,88	4	<input type="checkbox"/>

Importo totale (Iva compresa)

514,75

Il Responsabile del Servizio

[Signature]

IL Funzionario Amministrativo

[Signature]

**Nota informativa** L'assistito si impegna a collaudare presso l'ASL di residenza il presidio autorizzato entro 20 giorni dal momento della consegna, e a restituire tempestivamente il presente allegato al fornitore. Nel caso in cui il presidio non regolarmente collaudato dovesse risultare inadeguato l'ASL non sosterrà il costo della modifica, né della riparazione, né sarà sostituito. Qualora l'assistito non si presenti al collaudo il costo della fornitura rimarrà a suo totale carico. Il fornitore dovrà attenersi a quanto previsto nell'art. 4 del D.M. 332/99. I dispositivi non strettamente personalizzati sono ceduti in comodato d'uso e dovranno essere riconsegnati all'ASL al momento del non utilizzo.

L'assistito \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

<p align="center"><b>Collaudo</b></p> <p>Presidio matricola n° _____</p> <p>Dichiaro che il presidio erogato è idoneo e funzionale a quanto prescritto</p> <p align="center">Lo Specialista Prescrittore</p> <p>_____</p>	<p align="center"><b>Azienda fornitrice</b></p>	<p align="center"><b>Dichiarazione di ricevuta di gradimento</b></p> <p align="center">L'Assistito</p> <p align="center">_____</p>
---	---	--

Data \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA

Modello di Autorizzazione (da consegnare al fornitore)

Autorizzazione n° **2454** Data **03/11/2014**

Cognome	[REDACTED]	Nome	[REDACTED]
Codice fiscale	[REDACTED]	Telefono	[REDACTED]
Nato a	[REDACTED]	il	[REDACTED]
Residente a	[REDACTED]	Via	[REDACTED]

Vista la prescrizione dello specialista Dott. **Paschino** del presidio di **Amb. pneumologia-Olbia**  
 del Presidio Ospedaliero di

- fornitura di presidio     riparazione di presidio     Ai fini dell'applicazione dell'IVA l'assistito è portatore di menomazione permanente

PRESIDI AUTORIZZATI ALLA FORNITURA

Descrizione Presidio	Codice tariffario	Quantità	Prezzo	Totale	Iva	Giac.
Maschere nasali	*	3,00	28,60	85,80	4	<input type="checkbox"/>
Circuiti	*	3,00	6,12	18,36	4	<input type="checkbox"/>
Filtri macchina antibatt.	*	6,00	1,76	10,56	4	<input type="checkbox"/>
Cuffie	*	3,00	17,05	51,15	4	<input type="checkbox"/>
Pz. dotato di CPAP- Sapio life	*					<input type="checkbox"/>

Importo totale (Iva compresa) **172,50**

Il Responsabile del Servizio

[Signature]

IL Funzionario Amministrativo

[Signature]

**Nota informativa** L'assistito si impegna a collaudare presso l'ASL di residenza il presidio autorizzato entro 20 giorni dal momento della consegna, e a restituire tempestivamente il presente allegato al fornitore. Nel caso in cui il presidio non regolarmente collaudato dovesse risultare inadeguato l'ASL non sosterrà il costo della modifica, né della riparazione, né sarà sostituito. Qualora l'assistito non si presenti al collaudo il costo della fornitura rimarrà a suo totale carico. Il fornitore dovrà attenersi a quanto previsto nell'art. 4 del D.M. 332/99. I dispositivi non strettamente personalizzati sono ceduti in comodato d'uso e dovranno essere riconsegnati all'ASL al momento del non utilizzo.

L'assistito \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

<p align="center"><b>Collaudo</b></p> <p>Presidio matricola n° _____</p> <p>Dichiaro che il presidio erogato è idoneo e funzionale a quanto prescritto</p> <p align="center">Lo Specialista Prescrittore</p> <p>_____</p> <p>Data _____</p>	<p align="center"><b>Azienda fornitrice</b></p>	<p align="center"><b>Dichiarazione di ricevuta di gradimento</b></p> <p align="center">L'Assistito</p> <p>_____</p> <p>Data _____</p>
---	---	---

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA

Modello di Autorizzazione (da consegnare al fornitore)

Autorizzazione n° **405** Data **09/02/2015**

Cognome	[redacted]	Nome	[redacted]
Codice fiscale	[redacted]	Telefono	[redacted] 5
Nato a	[redacted]	il	[redacted]
Residente a	[redacted]	Via	[redacted]

Vista la prescrizione dello specialista Dott. Demurtas del presidio di Pneumologia-Cagliari del Presidio Ospedaliero di

- fornitura di presidio   
  riparazione di presidio   
  Ai fini dell'applicazione dell'IVA l'assistito è portatore di menomazione permanente

PRESIDI AUTORIZZATI ALLA FORNITURA

Descrizione Presidio	Codice tariffario	Quantità	Prezzo	Totale	Iva	Giac.
Maschera naso bocca Resmed Mirage quattro	*	3,00			4	<input type="checkbox"/>
Con fori per l'espiazione misura M	*					<input type="checkbox"/>
Tubi Corrugati con interno liscio per	*	3,00			4	<input type="checkbox"/>
Ventilazione Meccanica cm 180	*					<input type="checkbox"/>
Filtri antipolvere specifici per VPAP IV Resmed	*	12,00			4	<input type="checkbox"/>

Importo totale (Iva compresa) **0,00**

Il Responsabile del Servizio

[Signature]

IL Funzionario Amministrativo

[Signature]

**Nota informativa** L'assistito si impegna a collaudare presso l'ASL di residenza il presidio autorizzato entro 20 giorni dal momento della consegna, e a restituire tempestivamente il presente allegato al fornitore. Nel caso in cui il presidio non regolarmente collaudato dovesse risultare inadeguato l'ASL non sosterrà il costo della modifica, né della riparazione, né sarà sostituito. Qualora l'assistito non si presenti al collaudo il costo della fornitura rimarrà a suo totale carico. Il fornitore dovrà attenersi a quanto previsto nell'art. 4 del D.M. 332/99. I dispositivi non strettamente personali non sono ceduti in comodato d'uso e dovranno essere riconsegnati all'ASL al momento del non utilizzo.

L'assistito \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

<p><b>Collaudo</b></p> <p>Presidio matricola n° _____</p> <p>Dichiaro che il presidio erogato è _____ funzionale a quanto prescritto</p> <p>Lo Specialista Prescrittore</p> <p>_____</p>	<p><b>Azienda fornitrice</b></p>	<p><b>Dichiarazione di ricevuta di gradimento</b></p> <p>L'Assistito</p> <p>_____</p>
--	----------------------------------	---

Data \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA

Modello di Autorizzazione (da consegnare al fornitore)

Autorizzazione n° **306** Data **05/02/2015**

Cognome	[REDACTED]	Nome	[REDACTED]
Codice fiscale	[REDACTED]	Telefono	[REDACTED] 68
Nato a	[REDACTED]	Il	[REDACTED]
Residente a	[REDACTED]	Via	[REDACTED]

Vista la prescrizione dello specialista Dott. **Bozzo** del presidio di **Amb.Otorinolaringoiatria-Olbia**  
 del Presidio Ospedaliero di

- fornitura di presidio     riparazione di presidio     Ai fini dell'applicazione dell'IVA l'assistito è portatore di menomazione permanente

PRESIDI AUTORIZZATI ALLA FORNITURA

Descrizione Presidio	Codice tariffario	Quantità	Prezzo	Totale	Iva	Giac.
Cannula tracheale non cuffiata fenestrata	*	8,00			4	<input type="checkbox"/>

Importo totale (iva compresa) **0,00**

Il Responsabile del Servizio

[Signature]

IL Funzionario Amministrativo

[Signature]

**Nota informativa** L'assistito si impegna a collaudare presso l'ASL di residenza il presidio autorizzato entro 20 giorni dal momento della consegna, e a restituire tempestivamente il presente allegato al fornitore. Nel caso in cui il presidio non regolarmente collaudato dovesse risultare inadeguato l'ASL non sosterrà il costo della modifica, né della riparazione, né sarà sostituito. Qualora l'assistito non si presenti al collaudo il costo della fornitura rimarrà a suo totale carico. Il fornitore dovrà attenersi a quanto previsto nell'art. 4 del D.M. 332/99. I dispositivi non strettamente personalizzati sono ceduti in comodato d'uso e dovranno essere riconsegnati all'ASL al momento del non utilizzo.

L'assistito \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

<p align="center"><b>Collaudo</b></p> <p>Presidio matricola n° _____</p> <p>Dichiaro che il presidio erogato è idoneo e funzionale a quanto prescritto</p> <p align="center"><b>Lo Specialista Prescrittore</b></p> <p>_____</p>	<p align="center"><b>Azienda fornitrice</b></p>	<p align="center"><b>Dichiarazione di ricevuta di gradimento</b></p> <p align="center"><b>L'Assistito</b></p> <p>_____</p>
--	---	--

Data \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA

Modello di Autorizzazione (da consegnare al fornitore)

Autorizzazione n° 372 Data 06/02/2015

Cognome	██████████	Nome	██████████
Codice fiscale	██████████50	Telefono	██████████
Nato a	██████████	il	██████████
Residente a	██████████	Via	██████████
Vista la prescrizione dello specialista Dott. Zanda		del presidio di	
del Presidio Ospedaliero di Pediatria			

fornitura di presidio     riparazione di presidio     Ai fini dell'applicazione dell'IVA l'assistito è portatore di menomazione permanente

PRESIDI AUTORIZZATI ALLA FORNITURA

Descrizione Presidio	Codice tariffario	Quantità	Prezzo	Totale	Iva	Giac.
Apparecchio per aerosol-terapia a compressore d'aria	*	1,00			4	<input type="checkbox"/>
Tipo Pari Tubo Boy o simili	*					<input type="checkbox"/>

Importo totale (Iva compresa) 0,00

Il Responsabile del Servizio

IL Funzionario Amministrativo

**Nota Informativa** L'assistito si impegna a collaudare presso l'ASL di residenza il presidio autorizzato entro 20 giorni dal momento della consegna, e a restituire tempestivamente il presente allegato al fornitore. Nel caso in cui il presidio non regolarmente collaudato dovesse risultare inadeguato l'ASL non sosterrà il costo della modifica, né della riparazione, né sarà sostituito. Qualora l'assistito non si presenti al collaudo il costo della fornitura rimarrà a suo totale carico. Il fornitore dovrà attenersi a quanto previsto nell'art. 4 del D.M. 332/99. I dispositivi non strettamente personalizzati sono ceduti in comodato d'uso e dovranno essere riconsegnati all'ASL al momento del non utilizzo.

L'assistito \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

<b>Collaudo</b> Presidio matricola n° _____ Dichiaro che il presidio erogato è idoneo e funzionale a quanto prescritto Lo Specialista Prescrittore _____	<b>Azienda fornitrice</b>	<b>Dichiarazione di ricevuta di gradimento</b>  L'Assistito _____
--	---------------------------	--

Data \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_