

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

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

N.324 DEL 09/04/2015

AMMINISTRAZIONE PATRIMONIALE

SERVIZIO PROVVEDITORATO E

AVV ROBERTO DI GENNARO

(firma digitale apposta)

OGGETTO: ACQUISTO MEDIANTE RICHIESTE DI OFFERTA, SUL PORTALE CONSIP, DI MATERIALE PROTESICO PER I DISTRETTI AZIENDALI

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 09/04/2015	Al 24/04/2015
Area Affari Generali, Affari Legali, Comunicazione	

IL DIRETTORE DEL SERVIZIO PROVVEDITORATO E AMMINISTRAZIONE PATRIMONIALE

- Preso Atto** della seguente attività istruttoria condotta dalla Dott.ssa Maria Amic:
- Richiamata** la deliberazione n.241 del 24.02.2015 avente per oggetto: “*Medicina protesica -Fornitura di apparecchiature varie e relativi consumabili per la ventilazione polmonare*” con la quale si autorizzava l'acquisto di dispositivi protesici dettagliatamente descritti nelle autorizzazioni rilasciate, agli aventi diritto, da questa Azienda e allegate alla presente determinazione (vedasi fascicolo 1);
- Considerato** che i dispositivi in parola sono presenti nella vetrina del Me.Pa cui è obbligatorio ricorrere in assenza di convenzione CONSIP, e che è possibile procedere con RDO considerato il valore della fornitura, correlato alle richieste, ai sensi dell'art. 328 comma 4 lettera a) del Regolamento D.P.R. n. 207/2010;
- Dato Atto** che con due distinte RDO sono stati invitati a negoziare operatori iscritti alla categoria BSS, ai quali è stato chiesto di formulare un'offerta migliorativa rispetto ai prezzi di listino e di “Catalogo” praticati sul Me.Pa.;
Entro i termini stabiliti dal bando hanno presentato offerta le imprese indicate negli **allegati 2 e 3** nei quali è inclusa, altresì, tutta la documentazione relativa alle RDO in argomento, generata dal portale Me.pa . Di seguito la sintesi delle negoziazioni:

ALLEGATO		DESCRIZIONE	DITTA	IMPORTO NETTO I.V.A.
2	Rdo n. 767914	ACQUISTO DI APPARECCHIATURE ELETTRO-MEDICALI E CONSUMABILI PER I SERVIZI PROTESICI DEI DISTRETTI AZIENDALI	SAPIO LIFE	€ 3.913,97
			MEDIGAS ITALIA SRL	€ 110,00
3	Rdo n. 774410	RDO PER MATERIALE” URGENTE” PER IL SERVIZIO PROTESICO DI OLBIA	SAPIO LIFE	€ 846,64
			LINDE MEDICALE	€ 108,00
TOTALE NETTO IVA				€ 4.978,61

- Considerato** che la spesa per l'acquisto del materiale in parola è pari ad € 4.978,61 netto IVA;
- Vista:** la deliberazione n. 3013/2013 “Deleghe ed Atti dei Dirigenti aziendali” con la quale sono stati stabiliti gli atti delegati ed adottabili dai Dirigenti delle diverse strutture dell'ente;
- Visti:**
- la Legge Regionale 01.08.1996 n. 34 integrata con DA.I.S 28.01.1997 n. 26;
 - il D.M.S. n. 332/1999;
 - la L. R. 24 marzo 1997, n. 10 e successive modificazioni ed integrazioni;
 - il D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
 - il D.Lgs. 12 aprile 2006, n.163 e successive modificazioni ed integrazioni;
 - la L. R. 28 luglio 2006, n. 10;

vista e condivisa la proposta

DETERMINA

- di approvare gli atti delle RDO descritti in tabella, risultanti dagli allegati 2 e 3 che sono parte integrante e sostanziale di questo provvedimento, nei quali è indicato il dettaglio della fornitura ed è inclusa, altresì, tutta la documentazione relativa alle RDO in argomento generata dal portale Me.pa;
- di aggiudicare le forniture dei Dispositivi alle Ditte indicate nella tabella sottostante secondo quanto riportato analiticamente negli allegati 2 e 3 al presente provvedimento e di seguito riepilogati:

ALLEGATO		DESCRIZIONE	DITTA	IMPORTO NETTO I.V.A.	iva 4%	TOTALE IVA INCLUSA
2	Rdo n. 767914	ACQUISTO DI APPARECCHIATURE ELETTRONICHE E CONSUMABILI PER I SERVIZI PROTETICI DEI DISTRETTI AZIENDALI	SAPIO LIFE P.I. 02006400960	€ 3.913,97	€ 156,56	€ 4.070,53
			MEDIGAS ITALIA SRL P.I. 11861240155	€ 110,00	€ 4,40	€ 114,40
3	Rdo n. 774410	RDO PER MATERIALE "URGENTE" PER IL SERVIZIO PROTETICO DI OLBIA	SAPIO LIFE P.I. 02006400960	€ 846,64	€ 33,87	€ 880,51
			LINDE MEDICALE P.I. 01550070617	€ 108,00	€ 4,32	€ 112,32
TOTALE				€ 4.978,61		€ 5.177,76

- di imputare la spesa secondo la tabella di seguito specificata:

ANNO	UFF AUTORIZZ.	MACRO	NUMERO CONTO	IMPORTO (IVA INCL.)
2015	UA2_DISTR_OLB	1	0502020501	€ 3.368,26
2015	UA2_DISTR_OLB	1	0102020401	€ 1.399,32
2015	UA2_DISTR_TEMP	1	0502020501	€ 295,78
2015	UA2_DISTR_TEMP	1	0102020401	€ 114,40

- di dare atto che i responsabili dell'esecuzione e della gestione contrattuale (ordinativi, liquidazioni, etc.) sono, a seconda della rispettiva competenza, il Distretto di Olbia e il Distretto di Tempo;
- di dare atto che il Servizio Provveditorato è competente per gli ulteriori adempimenti procedurali;
- di trasmettere il presente provvedimento al Servizio Contabilità e Bilancio ed all'Area Programmazione, Controllo e Committenza e ai Distretti Aziendali per i provvedimenti di competenza.
- 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 Direttore del Servizio Provveditorato
e Amministrazione Patrimoniale
Avv. Roberto Di Gennaro**

Allegati: n.3
Struttura proponente: Servizio Provveditorato
Il Responsabile dell'Istruttoria:
Maria Amic
codice interno 11

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 Pausanese
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>Collaudo</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>Data _____</p>	<p>Azienda fornitrice</p>	<p>Dichiarazione di ricevuta di gradimento</p> <p>L'Assistito</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 _____

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

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">Collaudo</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">Azienda fornitrice</p>	<p align="center">Dichiarazione di ricevuta di gradimento</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>Collaudo</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>Data _____</p>	<p>Azienda fornitrice</p>	<p>Dichiarazione di ricevuta di gradimento</p> <p>L'Assistito</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	[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 **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

[Signature]

IL Funzionario Amministrativo

A.S.L. N. 2 OLBIA
[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>Collaudo</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>Azienda fornitrice</p>	<p>Dichiarazione di ricevuta di gradimento</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>Collaudo</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>Azienda fornitrice</p>	<p>Dichiarazione di ricevuta di gradimento</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 align="center">Collaudo</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">Azienda fornitrice</p>	<p align="center">Dichiarazione di ricevuta di gradimento</p> <p align="center">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 _____

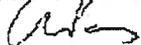
fornitura di presidio riparazione di presidio Ai fini dell'applicazione dell'IVA l'assistito è portatore di menomazione permanente

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



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">Collaudo</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">Azienda fornitrice</p>	<p align="center">Dichiarazione di ricevuta di gradimento</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">Collaudo</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">Azienda fornitrice</p>	<p align="center">Dichiarazione di ricevuta di gradimento</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>Collaudo</p> <p>Presidio matricola n° _____</p> <p>Dichiaro che il presidio erogato è idoneo e funzionale a quanto prescritto</p> <p style="text-align: center;">Lo Specialista Prescrittore</p> <p>_____</p> <p>Data _____</p>	<p>Azienda fornitrice</p>	<p>Dichiarazione di ricevuta di gradimento</p> <p style="text-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 ceduti in comodato d'uso e dovranno essere riconsegnati all'ASL al momento del non utilizzo.

L'assistito _____

Data _____

<p>Collaudo</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>Azienda fornitrice</p>	<p>Dichiarazione di ricevuta di gradimento</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">Collaudo</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">Azienda fornitrice</p>	<p align="center">Dichiarazione di ricevuta di gradimento</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° **372** Data **06/02/2015**

Cognome	[REDACTED]	Nome	[REDACTED]
Codice fiscale	[REDACTED] 50	Telefono	[REDACTED]
Nato a	[REDACTED]	il	[REDACTED]
Residente a	[REDACTED]	Via	[REDACTED]
Vista la prescrizione dello specialista Dott. Zanda del Presidio Ospedaliero di		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

[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">Collaudo</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">Azienda fornitrice</p>	<p align="center">Dichiarazione di ricevuta di gradimento</p> <p align="center">L'Assistito</p> <p align="center">_____</p>
---	---	--

Data _____

Data _____

Offerte Rdo n. 767914

Offerente	Lotto 1		Lotto 2		Lotto 3		Lotto 4		Lotto 5		Lotto 6	
Concorrente	Valore complessivo dell'offerta	Miglior offerta	Valore complessivo dell'offerta	Miglior offerta								
MEDIGAS ITALIA SRL	200,00 Euro		520,00 Euro		Offerta non inviata		Offerta non inviata		Offerta non inviata		LOTTO DESERTO	
SAPIO LIFE SRL	115,50 Euro	Aggiudica provvisoriamente	484,16 Euro	Aggiudica provvisoriamente	408,06 Euro	Aggiudica provvisoriamente	219,03 Euro	Aggiudica provvisoriamente	581,20 Euro	Aggiudica provvisoriamente		
Miglior offerta:	115,50 Euro		484,16 Euro		408,06 Euro		219,03 Euro		581,20 Euro			

Offerte Rdo n. 767914

	Offerte Rdo n. 767914															
Offerente	Lotto 7		Lotto 8		Lotto 9		Lotto 10		Lotto 11		Lotto 12		Lotto 13		Lotto 14	
Concorrente	Valore complessivo dell'offerta	Miglior offerta	Valore complessivo dell'offerta	Miglior offerta	Valore complessivo dell'offerta	Miglior offerta	Valore complessivo dell'offerta	Miglior offerta	Valore complessivo dell'offerta	Miglior offerta	Valore complessivo dell'offerta	Miglior offerta	Valore complessivo dell'offerta	Miglior offerta	Valore complessivo dell'offerta	Miglior offerta
MEDIGAS ITALIA SRL	LOTTO DESERTO		Offerta non inviata		Offerta non inviata		288,00 Euro		LOTTO DESERTO		LOTTO DESERTO		110,00 Euro	Aggiudica provvisoriamente	420,00 Euro	
SAPIO LIFE SRL			1230,00 Euro	Aggiudica provvisoriamente	342,02 Euro	Aggiudica provvisoriamente	249,60 Euro	Aggiudica provvisoriamente					120,12 Euro		284,40 Euro	Aggiudica provvisoriamente
Miglior offerta:			1230,00 Euro		342,02 Euro		249,60 Euro							110,00 Euro		284,40 Euro

Dati generali della procedura

Numero RDO:	767914
Descrizione RDO:	ACQUISTO DI APPARECCHIATURE ELETTRONICHE E CONSUMABILI PER I SERVIZI PROTETTORI DEI DISTRETTI AZIENDALI
Criterio di aggiudicazione:	Prezzo piu' basso
Numero di Lotti:	14
Unità di misura dell'offerta economica:	Valori al ribasso
Amministrazione titolare del procedimento	AUSL 2 OLBIA 01687160901 VIA BAZZONI SIRCANA 2/2A OLBIA OT
Punto Ordinante	ROBERTO DI GENNARO
Codice univoco ufficio - IPA	Non disponibile
(RUP) Responsabile Unico del Procedimento	MARIA AMIC
Data e ora inizio presentazione offerte:	04/03/2015 18:59
Data e ora termine ultimo presentazione offerte:	10/03/2015 14:00
Data e ora termine ultimo richiesta chiarimenti:	06/03/2015 13:00
Data Limite stipula contratto (Limite validità offerta del Fornitore)	30/12/2015 13:00
Giorni dopo la stipula per Consegna Beni / Decorrenza Servizi:	7
Bandi / Categorie oggetto della RdO:	BSS - Beni e Servizi per la Sanità
Numero fornitori invitati:	5
Segnalazione delle offerte anomale:	si

Lotto 1 - Dettagli

Denominazione lotto	VOCE 1
----------------------------	--------

CIG	
CUP	
Dati di consegna	Per i dati anagrafici e per gli indirizzi dei pazienti contattare rispettivamente: -la Sig.ra Claudia Pileri al tel. 0789.552010 per il Distretto di Olbia ; - il sig. Franco Deidda al n. 079 678362 per il Distretto di Tempio Pausania;
Dati di fatturazione	Aliquota IVA di fatturazione: 4%Indirizzo di fatturazione:Via bazzoni siracana 2/2aOlbia - 07026 (OT)
Termini di pagamento	30gg df
Importo totale a base d'asta	200,00

Lotto 1 - Schede tecniche

Nome Scheda Tecnica	> Riga unica per la Fornitura di Carta, Accessori ed Opzioni per Apparecchiature Elettromedicali
Quantita'	1

I campi contrassegnati con * sono obbligatori

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
1	Codice CND	Tecnico	Nessuna regola	
2	* Prezzo a corpo per l'intera fornitura	Economico	Nessuna regola	

Lotto 2 - Dettagli

Denominazione lotto	VOCE 2
CIG	
CUP	
Dati di consegna	Per i dati anagrafici e per gli indirizzi dei pazienti contattare rispettivamente: -la Sig.ra Claudia Pileri al tel. 0789.552010 per il

	Distretto di Olbia ;- il sig. Franco Deidda al n. 079 678362 per il Distretto di Tempio Pausania,;
Dati di fatturazione	Aliquota IVA di fatturazione: 4% Indirizzo di fatturazione: Via bazzoni siracana 2/2a Olbia - 07026 (OT)
Termini di pagamento	30gg df
Importo totale a base d'asta	544,00

Lotto 2 - Schede tecniche

Nome Scheda Tecnica	> Riga unica per la Fornitura di Carta, Accessori ed Opzioni per Apparecchiature Elettromedicali
Quantita'	1

I campi contrassegnati con * sono obbligatori

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
1	Codice CND	Tecnico	Nessuna regola	
2	* Prezzo a corpo per l'intera fornitura	Economico	Nessuna regola	

Lotto 3 - Dettagli

Denominazione lotto	VOCE 3
CIG	
CUP	
Dati di consegna	Per i dati anagrafici e per gli indirizzi dei pazienti contattare rispettivamente: -la Sig.ra Claudia Pileri al tel. 0789.552010 per il Distretto di Olbia ;- il sig. Franco Deidda al n. 079 678362 per il Distretto di Tempio Pausania,;
Dati di fatturazione	Aliquota IVA di fatturazione: 4% Indirizzo di fatturazione: Via bazzoni siracana 2/2a Olbia -

	07026 (OT)
Termini di pagamento	30gg df
Importo totale a base d'asta	529,50

Lotto 3 - Schede tecniche

Nome Scheda Tecnica	> Riga unica per la Fornitura di Carta, Accessori ed Opzioni per Apparecchiature Elettromedicali
Quantita'	1

I campi contrassegnati con * sono obbligatori

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
1	Codice CND	Tecnico	Nessuna regola	
2	* Prezzo a corpo per l'intera fornitura	Economico	Nessuna regola	

Lotto 4 - Dettagli

Denominazione lotto	VOCE 4
CIG	
CUP	
Dati di consegna	Per i dati anagrafici e per gli indirizzi dei pazienti contattare rispettivamente: -la Sig.ra Claudia Pileri al tel. 0789.552010 per il Distretto di Olbia ;- il sig. Franco Deidda al n. 079 678362 per il Distretto di Tempio Pausania;
Dati di fatturazione	Aliquota IVA di fatturazione: 4%Indirizzo di fatturazione:Via bazzoni siracana 2/2aOlbia - 07026 (OT)
Termini di pagamento	30gg df
Importo totale a base d'asta	250,50

Lotto 4 - Schede tecniche

Nome Scheda Tecnica	> Riga unica per la Fornitura di Carta, Accessori ed Opzioni per Apparecchiature Elettromedicali
Quantita'	1

I campi contrassegnati con * sono obbligatori

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
1	Codice CND	Tecnico	Nessuna regola	
2	* Prezzo a corpo per l'intera fornitura	Economico	Nessuna regola	

Lotto 5 - Dettagli

Denominazione lotto	VOCE 5
CIG	
CUP	
Dati di consegna	Per i dati anagrafici e per gli indirizzi dei pazienti contattare rispettivamente: -la Sig.ra Claudia Pileri al tel. 0789.552010 per il Distretto di Olbia ; - il sig. Franco Deidda al n. 079 678362 per il Distretto di Tempio Pausania.;
Dati di fatturazione	Aliquota IVA di fatturazione: 4%Indirizzo di fatturazione:Via bazzoni siracana 2/2aOlbia - 07026 (OT)
Termini di pagamento	30gg df
Importo totale a base d'asta	754,00

Lotto 5 - Schede tecniche

Nome Scheda Tecnica	> Riga unica per la Fornitura di Carta, Accessori ed Opzioni per Apparecchiature Elettromedicali
Quantita'	1

I campi contrassegnati con * sono obbligatori

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
1	Codice CND	Tecnico	Nessuna regola	
2	* Prezzo a corpo per l'intera fornitura	Economico	Nessuna regola	

Lotto 6 - Dettagli

Denominazione lotto	VOCE 6
CIG	
CUP	
Dati di consegna	Per i dati anagrafici e per gli indirizzi dei pazienti contattare rispettivamente: -la Sig.ra Claudia Pileri al tel. 0789.552010 per il Distretto di Olbia ; - il sig. Franco Deidda al n. 079 678362 per il Distretto di Tempio Pausania.;
Dati di fatturazione	Aliquota IVA di fatturazione: 4% Indirizzo di fatturazione: Via bazzoni siracana 2/2a Olbia - 07026 (OT)
Termini di pagamento	30gg df
Importo totale a base d'asta	92,00

Lotto 6 - Schede tecniche

Nome Scheda Tecnica	> Riga unica per la Fornitura di Carta, Accessori ed Opzioni per Apparecchiature Elettromedicali
Quantita'	1

I campi contrassegnati con * sono obbligatori

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
1	Codice CND	Tecnico	Nessuna regola	
2	* Prezzo a corpo per l'intera fornitura	Economico	Nessuna regola	

Lotto 7 - Dettagli

Denominazione lotto	VOCE 7
CIG	
CUP	
Dati di consegna	Per i dati anagrafici e per gli indirizzi dei pazienti contattare rispettivamente: -la Sig.ra Claudia Pileri al tel. 0789.552010 per il Distretto di Olbia ; - il sig. Franco Deidda al n. 079 678362 per il Distretto di Tempio Pausania;
Dati di fatturazione	Aliquota IVA di fatturazione: 4% Indirizzo di fatturazione: Via bazzoni siracana 2/2a Olbia - 07026 (OT)
Termini di pagamento	30gg df
Importo totale a base d'asta	286,00

Lotto 7 - Schede tecniche

Nome Scheda Tecnica	> Riga unica per la Fornitura di Carta, Accessori ed Opzioni per Apparecchiature Elettromedicali
Quantita'	1

I campi contrassegnati con * sono obbligatori

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
1	Codice CND	Tecnico	Nessuna regola	
2	* Prezzo a corpo per l'intera fornitura	Economico	Nessuna regola	

Lotto 8 - Dettagli

Denominazione lotto	VOCE 8
CIG	
CUP	
Dati di consegna	Per i dati anagrafici e per gli indirizzi dei pazienti contattare rispettivamente: -la Sig.ra Claudia Pileri al tel. 0789.552010 per il Distretto di Olbia ;- il sig. Franco Deidda al n. 079 678362 per il Distretto di Tempio Pausania.;
Dati di fatturazione	Aliquota IVA di fatturazione: 4%Indirizzo di fatturazione:Via bazzoni siracana 2/2aOlbia - 07026 (OT)
Termini di pagamento	30gg df
Importo totale a base d'asta	1231,47

Lotto 8 - Schede tecniche

Nome Scheda Tecnica	> Riga unica per la Fornitura di Carta, Accessori ed Opzioni per Apparecchiature Elettromedicali
Quantita'	1

I campi contrassegnati con * sono obbligatori

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
1	Codice CND	Tecnico	Nessuna regola	
2	* Prezzo a corpo per l'intera fornitura	Economico	Nessuna regola	

Lotto 9 - Dettagli

Denominazione lotto	VOCE 9
----------------------------	--------

CIG	
CUP	
Dati di consegna	Per i dati anagrafici e per gli indirizzi dei pazienti contattare rispettivamente: -la Sig.ra Claudia Pileri al tel. 0789.552010 per il Distretto di Olbia ;- il sig. Franco Deidda al n. 079 678362 per il Distretto di Tempio Pausania;.
Dati di fatturazione	Aliquota IVA di fatturazione: 4%Indirizzo di fatturazione:Via bazzoni siracana 2/2aOlbia - 07026 (OT)
Termini di pagamento	30gg df
Importo totale a base d'asta	446,00

Lotto 9 - Schede tecniche

Nome Scheda Tecnica	> Riga unica per la Fornitura di Carta, Accessori ed Opzioni per Apparecchiature Elettromedicali
Quantita'	1

I campi contrassegnati con * sono obbligatori

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
1	Codice CND	Tecnico	Nessuna regola	
2	* Prezzo a corpo per l'intera fornitura	Economico	Nessuna regola	

Lotto 10 - Dettagli

Denominazione lotto	VOCE 10
CIG	
CUP	
Dati di consegna	Per i dati anagrafici e per gli indirizzi dei pazienti contattare rispettivamente: -la Sig.ra Claudia Pileri al tel. 0789.552010 per il

	Distretto di Olbia ;- il sig. Franco Deidda al n. 079 678362 per il Distretto di Tempio Pausania,;
Dati di fatturazione	Aliquota IVA di fatturazione: 4% Indirizzo di fatturazione: Via bazzoni siracana 2/2a Olbia - 07026 (OT)
Termini di pagamento	30gg df
Importo totale a base d'asta	324,00

Lotto 10 - Schede tecniche

Nome Scheda Tecnica	> Riga unica per la Fornitura di Carta, Accessori ed Opzioni per Apparecchiature Elettromedicali
Quantita'	1

I campi contrassegnati con * sono obbligatori

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
1	Codice CND	Tecnico	Nessuna regola	
2	* Prezzo a corpo per l'intera fornitura	Economico	Nessuna regola	

Lotto 11 - Dettagli

Denominazione lotto	VOCE 11
CIG	
CUP	
Dati di consegna	Per i dati anagrafici e per gli indirizzi dei pazienti contattare rispettivamente: -la Sig.ra Claudia Pileri al tel. 0789.552010 per il Distretto di Olbia ;- il sig. Franco Deidda al n. 079 678362 per il Distretto di Tempio Pausania,;
Dati di fatturazione	Aliquota IVA di fatturazione: 4% Indirizzo di fatturazione: Via bazzoni siracana 2/2a Olbia -

	07026 (OT)
Termini di pagamento	30gg df
Importo totale a base d'asta	110,00

Lotto 11 - Schede tecniche

Nome Scheda Tecnica	> Riga unica per la Fornitura di Carta, Accessori ed Opzioni per Apparecchiature Elettromedicali
Quantita'	1

I campi contrassegnati con * sono obbligatori

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
1	Codice CND	Tecnico	Nessuna regola	
2	* Prezzo a corpo per l'intera fornitura	Economico	Nessuna regola	

Lotto 12 - Dettagli

Denominazione lotto	LOTTO 11 BIS
CIG	
CUP	
Dati di consegna	Per i dati anagrafici e per gli indirizzi dei pazienti contattare rispettivamente: -la Sig.ra Claudia Pileri al tel. 0789.552010 per il Distretto di Olbia ;- il sig. Franco Deidda al n. 079 678362 per il Distretto di Tempio Pausania;
Dati di fatturazione	Aliquota IVA di fatturazione: 4%Indirizzo di fatturazione:Via bazzoni siracana 2/2aOlbia - 07026 (OT)
Termini di pagamento	30gg df
Importo totale a base d'asta	110,00

Lotto 12 - Schede tecniche

Nome Scheda Tecnica	> Riga unica per la Fornitura di Carta, Accessori ed Opzioni per Apparecchiature Elettromedicali
Quantita'	1

I campi contrassegnati con * sono obbligatori

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
1	Codice CND	Tecnico	Nessuna regola	
2	* Prezzo a corpo per l'intera fornitura	Economico	Nessuna regola	

Lotto 13 - Dettagli

Denominazione lotto	VOCE 12
CIG	
CUP	
Dati di consegna	Per i dati anagrafici e per gli indirizzi dei pazienti contattare rispettivamente: -la Sig.ra Claudia Pileri al tel. 0789.552010 per il Distretto di Olbia ; - il sig. Franco Deidda al n. 079 678362 per il Distretto di Tempio Pausania;.
Dati di fatturazione	Aliquota IVA di fatturazione: 4%Indirizzo di fatturazione:Via bazzoni siracana 2/2aOlbia - 07026 (OT)
Termini di pagamento	30gg df
Importo totale a base d'asta	140,00

Lotto 13 - Schede tecniche

Nome Scheda Tecnica	> Riga unica per la Fornitura di Carta, Accessori ed Opzioni per Apparecchiature Elettromedicali
Quantita'	1

I campi contrassegnati con * sono obbligatori

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
1	Codice CND	Tecnico	Nessuna regola	
2	* Prezzo a corpo per l'intera fornitura	Economico	Nessuna regola	

Lotto 14 - Dettagli

Denominazione lotto	VOCE 13
CIG	
CUP	
Dati di consegna	Per i dati anagrafici e per gli indirizzi dei pazienti contattare rispettivamente: -la Sig.ra Claudia Pileri al tel. 0789.552010 per il Distretto di Olbia ; - il sig. Franco Deidda al n. 079 678362 per il Distretto di Tempio Pausania.;
Dati di fatturazione	Aliquota IVA di fatturazione: 4% Indirizzo di fatturazione: Via bazzoni siracana 2/2a Olbia - 07026 (OT)
Termini di pagamento	30gg df
Importo totale a base d'asta	435,00

Lotto 14 - Schede tecniche

Nome Scheda Tecnica	> Riga unica per la Fornitura di Carta, Accessori ed Opzioni per Apparecchiature Elettromedicali
Quantita'	1

I campi contrassegnati con * sono obbligatori

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
1	Codice CND	Tecnico	Nessuna regola	
2	* Prezzo a corpo per l'intera fornitura	Economico	Nessuna regola	

Documentazione Allegata alla RdO

Descrizione	Riferimento	Documento
ALLEGATO A	Gara	Allegato A.pdf (39.1KB)
ALLEGATO C VOCE 8	VOCE 8	Allegato C Voce8.xls (29.5KB)
ALLEGATO C VOCE13	VOCE 13	Allegato C Voce13.xls (30KB)
ALLEGATO C VOCE 11	VOCE 11	Allegato C Voce11.xls (30.5KB)
ALLEGATO C VOCE 5	VOCE 5	Allegato C Voce5.xls (30.5KB)
ALLEGATO C VOCE 6	VOCE 6	Allegato C Voce6.xls (30KB)
ALLEGATO C VOCE 7	VOCE 7	Allegato C Voce7.xls (30.5KB)
ALLEGATO C VOCE 9	VOCE 9	Allegato C Voce9.xls (30KB)
ALLEGATO C VOCE 1	VOCE 1	Allegato C Voce1.xls (29.5KB)
ALLEGATO C VOCE 10	VOCE 10	Allegato C Voce10.xls (29.5KB)
ALLEGATO C VOCE 11 BIS	LOTTO 11 BIS	Allegato C Voce11 Bis.xls (30KB)
ALLEGATO C VOCE 12	VOCE 12	Allegato C Voce12.xls

		(29.5KB)
ALLEGATO C VOCE 2	VOCE 2	Allegato C Voce2.xls (29.5KB)
ALLEGATO C VOCE 3	VOCE 3	Allegato C Voce3.xls (30KB)
ALLEGATO C VOCE 4	VOCE 4	Allegato C Voce4.xls (30.5KB)
ALLEGATO D- INFORMATIVA DATI SENSIBILI	Gara	Allegato D Informativa Dati Sensibili.doc (29KB)
CONDIZIONI DI FORNITURA	Gara	Condizioni Di Fornitura.pdf (86.31KB)

Richieste ai partecipanti

Descrizione	Lotto	Tipo Richiesta	Modalita' risposta	Obbligatorio	Documento unico per operatori riuniti
ALLEGATO A	Gara	Amministrativa	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si
ALLEGATO D- INFORMATIVA DATI SENSIBILI	Gara	Amministrativa	Invio telematico	Obbligatorio	Si
CARTA DI IDENTITA'	Gara	Amministrativa	Invio telematico	Obbligatorio	Si
CONDIZIONI DI FORNITURA	Gara	Amministrativa	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si
Eventuale documentazione relativa all'avvalimento	Gara	Amministrativa	Invio telematico	Facoltativo, ammessi più documenti	Si
Eventuali atti relativi a R.T.I. o Consorti	Gara	Amministrativa	Invio telematico	Facoltativo, ammessi più documenti	Si
SCHEDE	VOCE	Tecnica	Invio	Obbligatorio,	Si

TECNICHE	1		telematico	ammessi più documenti	
ALLEGATO C VOCE 1	VOCE 1	Economica	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si
Offerta Economica (fac-simile di sistema)	VOCE 1	Economica	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si
SCHEDE TECNICHE	VOCE 2	Tecnica	Invio telematico	Obbligatorio, ammessi più documenti	Si
ALLEGATO C VOCE 2	VOCE 2	Economica	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si
Offerta Economica (fac-simile di sistema)	VOCE 2	Economica	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si
SCHEDE TECNICHE	VOCE 3	Tecnica	Invio telematico	Obbligatorio, ammessi più documenti	Si
ALLEGATO C VOCE 3	VOCE 3	Economica	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si
Offerta Economica (fac-simile di sistema)	VOCE 3	Economica	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si
SCHEDE TECNICHE	VOCE 4	Tecnica	Invio telematico	Obbligatorio, ammessi più documenti	Si
ALLEGATO C VOCE 4	VOCE 4	Economica	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si
Offerta Economica (fac-simile di sistema)	VOCE 4	Economica	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si
SCHEDE TECNICHE	VOCE 5	Tecnica	Invio telematico	Obbligatorio, ammessi più documenti	Si
ALLEGATO C VOCE 5	VOCE 5	Economica	Invio telematico con firma	Obbligatorio	Si

			digitale		
Offerta Economica (fac-simile di sistema)	VOCE 5	Economica	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si
SCHEDE TECNICHE	VOCE 6	Tecnica	Invio telematico	Obbligatorio, ammessi più documenti	Si
ALLEGATO C VOCE 6	VOCE 6	Economica	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si
Offerta Economica (fac-simile di sistema)	VOCE 6	Economica	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si
SCHEDE TECNICHE	VOCE 7	Tecnica	Invio telematico	Obbligatorio, ammessi più documenti	Si
ALLEGATO C VOCE 7	VOCE 7	Economica	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si
Offerta Economica (fac-simile di sistema)	VOCE 7	Economica	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si
SCHEDE TECNICHE	VOCE 8	Tecnica	Invio telematico	Obbligatorio, ammessi più documenti	Si
ALLEGATO C VOCE 8	VOCE 8	Economica	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si
Offerta Economica (fac-simile di sistema)	VOCE 8	Economica	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si
SCHEDE TECNICHE	VOCE 9	Tecnica	Invio telematico	Obbligatorio	Si
ALLEGATO C VOCE 9	VOCE 9	Economica	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si
Offerta Economica (fac-simile di sistema)	VOCE 9	Economica	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si
SCHEDE	VOCE	Tecnica	Invio	Obbligatorio	Si

TECNICHE	10		telematico		
ALLEGATO C VOCE 10	VOCE 10	Economica	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si
Offerta Economica (fac-simile di sistema)	VOCE 10	Economica	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si
SCHEDE TECNICHE	VOCE 11	Tecnica	Invio telematico	Obbligatorio, ammessi più documenti	Si
ALLEGATO C VOCE 11	VOCE 11	Economica	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si
Offerta Economica (fac-simile di sistema)	VOCE 11	Economica	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si
ALLEGATO C VOCE 11 BIS	LOTTO 11 BIS	Economica	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si
Offerta Economica (fac-simile di sistema)	LOTTO 11 BIS	Economica	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si
SCHEDE TECNICHE	VOCE 12	Tecnica	Invio telematico	Obbligatorio	Si
ALLEGATO C VOCE 12	VOCE 12	Economica	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si
Offerta Economica (fac-simile di sistema)	VOCE 12	Economica	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si
SCHEDE TECNICHE	VOCE 13	Tecnica	Invio telematico	Obbligatorio	Si
ALLEGATO C VOCE13	VOCE 13	Economica	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si
Offerta Economica (fac-simile di sistema)	VOCE 13	Economica	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si

Elenco fornitori invitati

Nr.	Ragione Sociale	Partita iva	Codice fiscale
1	LINDE MEDICALE	01550070617	04411460639
2	MEDICARE	05504641001	05504641001
3	MEDIGAS ITALIA SRL	11861240155	02466440167
4	SAPIO LIFE SRL	02006400960	02006400960
5	VIVISOL S.R.L.	02422300968	05903120631