



MEDICAL S.p.A.

07100 SASSARI - Viale Porto Torres n. 64
tel. 079 267 5033 fax 079 267 5042
09028 CAGLIARI - Sestiu, Loc. "Is Coras" s/n
tel. 070 231 0050 fax 070 231 1582

e-mail: info@medicalspa.it internet: www.medicalspa.it

Baldoni

Delegato A

in deliberazione

del A



Spett.le
ASL 3 NUORO
Servizio Provveditorato
Via Demurtas, 1
08100 NUORO NU

Offerta AM/047 as del 10.02.2014
Prot. n. 781

Oggetto: Vs. richiesta proroga del contratto di fornitura di "Salviette e cuffie". Ns. offerta AM356 del 01/12/2010
Delibera n. 392 del 31/03/2011.

A seguito della Vs. richiesta, prot. n. PG/2014/0007266 del 10.02.2014, con la presente siamo lieti di poter praticare uno sconto del 5% sulle salviette pertanto la nuova quotazione è la seguente:

Sinaqua Salvietta Welcare	Cod. 95500	1 conf. da 48 buste da 12 pz.
Prezzo di n. 1 salvietta:		€ 0,16=(zero/16) più IVA 22%
Prezzo di n. 1 busta:		€ 1,92=(uno/92) più IVA
Prezzo di n. 1 confezione:		€ 92,16=(novantadue/16) più IVA

Non ci è possibile confermare la quotazione della cuffia Sinaqua cod. 95200.

Restano invariate tutte le altre condizioni di fornitura.

Distinti saluti.

MEDICAL S.p.A.
Presidente e Amm.re Delegato

Angelino Masala
Dr. Angelino Masala

ASL3

PG/2014/ 0007929 del 12/02/2014 ore 11,24

Mittante : Servizio Provveditorato - Risorse

Assegnatario : Servizio Provveditorato - Riso

Classifica : 1.4.6. Sottofasc. 2-15 del 2014



pina.bartolozzi@asnuoro.it

Da: "Alessia Salis" <alessia.salis@medicalspa.it>
A: <pina.bartolozzi@asnuoro.it>
Data invio: martedì 11 febbraio 2014 11.28
Allega: AM047.pdf
Oggetto: Invio in corso posta elettronica: AM047
Gent.ma Sig.ra Bartolozzi,
in allegato Le invio la ns. offerta AM047 in risposta alla Vs. richiesta di proroga fornitura "Salviette e Cuffie".

Cordiali saluti

Alessia Salis

MEDICAL S.p.A.
Viale Porto Torres, 64
07100 SASSARI - SS - I
Tel. +39 079 2675 033
Fax: +39 079 26 75 042
Email: info@medicalspa.it

Questo messaggio e' confidenziale. La pubblicazione, l'uso o la diffusione non autorizzati di questo messaggio, sia in forma completa che parziale non sono consentiti. Se non siete i destinatari di questo messaggio, siete pregati di avvertire il mittente immediatamente.

This e-mail is confidential. Any unauthorised disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

MEDICAL S.p.A. è una Società con socio unico e soggetta a Direzione e coordinamento da parte di ALFAFIN S.r.l.

Handwritten signature

Modello di richiesta d'acquisto di "dispositivi medici" in regime di **AFFIDAMENTO DIRETTO**
ex art.31 Dir. CE 18/2004 e art. 57 D.Lgs. 163/2006

Handwritten signature

ASL3

NP/2014/ 0002098 del 13/02/2014 ore 12,15

Mittente - Servizio di emergenza urgenza sani

Assegnatario - Servizio Provveditorato - Riso

Classifica - 1 Fascicolo - 137 del 2014



**Al Servizio Provveditorato
e Risorse Materiali
ASL n.3 NUORO
SEDE**

P.O. _____

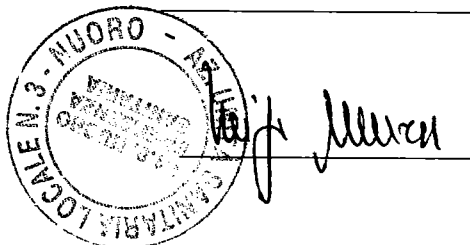
U.O. SERVIZIO 118

Si richiede la fornitura dei dispositivi sottoelencati:

N. progr.	PRODOTTO (nome commerciale)	CODICE	Q.tà Richiesta
1	SALVIETTE PER LA DETERSIONE DELLA CUTE IN CONF. DA 60 BUSTEX 2 SALVIETTE	1068249	15
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Timbro e firma del Direttore del Dipartimento

Il Direttore dell'U.O.



Il Direttore del Dipartimento del Farmaco

Il Direttore del P.O.

Si allega: **Relazione giustificativa di scelta**

Relazione giustificativa di richiesta d'acquisto di "dispositivi medici" in regime di

AFFIDAMENTO DIRETTO*ex art.31 Dir. CE 18/2004 e art. 57 D.Lgs. 163/2006***SOGGETTO PROPONENTE**

DIPARTIMENTO ___ EMERGENZA-URGENZA _____

UNITA OPERATIVA ___ SERVIZIO 118 _____

SEZIONE A Descrizione del dispositivo medico

DITTA FORNITRICE ___ MEDICAL S.P.A. _____

DITTA PRODUTTRICE _____

NOME COMMERCIALE ___ ALGIDRESS _____

CLASSE DI RISCHIO (ex D. Lgs. 46/97)
(apporre una x) I a II a II b III

C.N.D. (Classif.ne Nazionale D.M.) _____

DESCRIZIONE E FUNZIONAMENTO **(Giustificare la scelta con riferimento specifico alle peculiarità del prodotto)**

LA SALVIETTA PERMETTE UN' EFFICACE DETERSIONE DELLA CUTE, AGSCE DA BATTERIOSTATICO, DI POCO INGOMBRO NELLO ZAINO SANITARIO, EVITA INUTILI SPRECHI

DESTINAZIONE D'USO:

DETRSIONE DELLA CUTE IN EMERGENZA _____

IL DISPOSITIVO IMPLICA L'INTRODUZIONE DI UNA TECNICA INNOVATIVA?

 Si No

IL DISPOSITIVO É COMPLEMENTARE A FORNITURE O SERVIZI EFFETTUATE/I DAL FORNITORE ORIGINARIO?

 Si No**(Se si descrivere brevemente la complementarità)****SEZIONE B Inquadramento terapeutico**

Indicare, se disponibili, le linee guida nazionali e/o internazionali che suggeriscono l'impiego del D.M.:

BENEFICI ATTESI:

- CLINICI: _____
- TECNICO/ORGANIZZATIVI: _____
- PROFESSIONALI: _____

SEZIONE C Aspetti Economici

SPESA PRESUNTA PER LA FORNITURA COMPLESSIVA: € _____

SEZIONE D Aspetti Organizzativi

IL D.M. PUO ESSERE UTILIZZATO DA TUTTI GLI OPERATORI O ESCLUSIVAMENTE DA PROFESSIONISTI ACCREDITATI E/O FORMATI?

È PREVISTA FORMAZIONE E/O AFFIANCAMENTO?

Si **No**

Se di nuova introduzione, si allega scheda tecnica del prodotto

Il sottoscritto _____ in qualità di _____

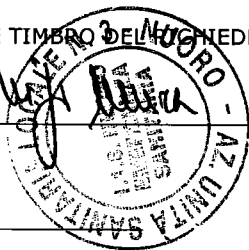
DICHIARA

Nel rispetto dei principi della libera concorrenza e consapevole delle responsabilità disciplinari, per danno erariale e penali:

- i prodotti oggetto della presente richiesta sono gli unici e insostituibili a possedere i requisiti necessari, atti a identificarne il regime di affidamento diretto
- sul mercato non sono disponibili prodotti con caratteristiche che garantiscano soluzioni equivalenti in termini di prestazioni o requisiti funzionali
- in seguito a verifiche di mercato la Ditta in grado di fornire i dispositivi di cui sopra è la seguente:

FIRMA E TIMBRE DEL FORNITORE

DATA



Bertoni

Modello di richiesta d'acquisto di "materiale vario" in regime di
AFFIDAMENTO DIRETTO
 ex art.31 Dir. CE 18/2004 e art. 57 D.Lgs. 163/2006

ASL3
NP/2014/ 0001277 del 29/01/2014 ore 11,03

Mittente : Neurochirurgia

Assegnatario : Servizio Provveditorato - Riso

Classifica : 1 Fascicolo : 93 del 2014


**Al Servizio Provveditorato
 e Risorse Materiali
 ASL n.3 NUORO
 SEDE**
*Per la Sig^{na} IGNAZI
 ANONI*

 P.O. SAN FRANCESCO

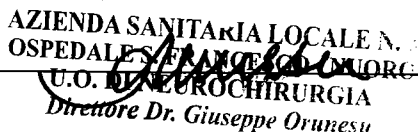
 U.O. Neurochirurgia

Si richiede la fornitura dei prodotti sottoelencati:

N. progr.	PRODOTTO (nome commerciale)	CODICE	Q.tà Richiesta
1	SALVIETTE SINAGUA COD 9550	9550	460
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Timbro e firma del Direttore del Dipartimento

Il Direttore dell'U.O. _____


 AZIENDA SANITARIA LOCALE N.3
 OSPEDALE SAN FRANCESCO NUORO
 U.O. DI NEUROCHIRURGIA
 Direttore Dr. Giuseppe Orunesu

Il Direttore del P.O. _____

 Si allega: **Relazione giustificativa di scelta**

Modulo da utilizzare per la richiesta di acquisto di beni di consumo non durevoli (ad es. strumentario, carta termica, gel, elettrodi, lame per tricotomia, materiale di consumo per apparecchiature etc.)

AZIENDA SANITARIA LOCALE N.3 NUORO

Modello di richiesta d'acquisto di **PRESIDI SANITARI** nel **P.T.P.**
 in regime di **AFFIDAMENTO DIRETTO**
 ex art.31 Dir. CE 18/2004 e art. 57 D.Lgs. 163/2006

Protocollo n.

Al Servizio

Risorse

ASL n.3

SEDE

Nuoro, 03/01/2013

4-2-14.

P.O. **SAN FRANCESCO**

U.O. **ORTOPEDIA**

Si richiede la fornitura dei presidi sanitari sottoelencati:

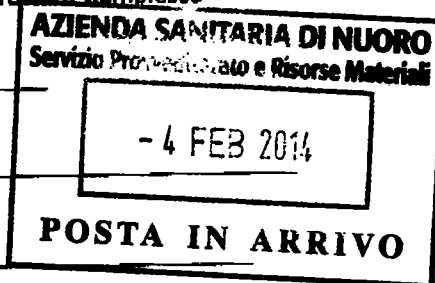
n. progr.	NOME COMMERCIALE PRODOTTO	CODICE	Q.tà Richiesta
1	SALVIETTE DETERGENTI SINAQUA	95500	1000 conf. da 12 pezzi
2			
3			
4			
5	FABBISOGNO TRIMESTRALE		
6			
7			
8			
9			

Timbro e firma del Direttore della Struttura Complessa

Colombo

Il Direttore del Dipartimento del Farmaco _____

Il Direttore del P.O. _____



Scatolotti

AZIENDA SANITARIA LOCALE N.3 NUORO

Modello di richiesta d'acquisto di dispositivi medici in regime di
AFFIDAMENTO DIRETTO
ex art.31 Dir. CE 18/2004 e art. 57 D.Lgs. 163/2006

ASL3

NP/2014/ 0002287 del 18/02/2014 ore 13,24

Mittente Chirurgia Generale

Assegnatario Servizio Provveditorato - Riso

Classifica 1 Fascicolo 81 del 2014



**Al Servizio Provveditorato e
Risorse Materiali
ASL n.3 NUORO
SEDE**

Nuoro, 18/12/2013

18-2-14

P.O. _____ San Francesco _____

U.O. _____ Chirurgia Generale _____

Si richiede la fornitura dei dispositivi sottoelencati:

N. progr.	PRODOTTO	CODICE	Q.tà Richiesta
1	SALVIETTE SINAQUA	9550	8 SCATOLE
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Timbro e firma del Direttore della Struttura Complessa

Il Direttore del Dipartimento del Farmaco _____

Il Direttore del P.O. _____

Si allega Relazione tecnica