



ASL3

PG/2014/ 0008139 del 13/02/2014 ore 09,41

Mittente HARTMANN SPA - VERONA

Assegnatario Servizio Provveditorato - Risc

Classifica 1.4.6 Sottofasc 2-15 del 2014



Bartolozzi

HARTMANN Italia

A

data di deliberazione del

Vs. Ric.
Vs. scritto del
In. Ric.
Data
Tel. diretto
Fax diretto
E-mail.

Prat. n. 164

12/02/2014

045 8182430

045 8518987

ufficiogare@hartmann.info

Spettabile,
ASL NUORO
c.a. Il Dirigente Amministrativo del Servizio
Provveditorato e Risorse Materiali
Dott. Antonello Podda
e l'Assistente Amministrativo
Sig.ra Giuseppina Bartolozzi
Invio a mezzo mail pina.bartolozzi@aslnuoro.it

OGGETTO: Proroga materiale di convivenza Valacomfort, Valaclean e Menalind.

Spettabile Azienda,

con la presente desideriamo comunicarVi la nostra disponibilita alla proroga del contratto in oggetto sino al 31/12/2014.
Poniamo in evidenza che, certi di farVi cosa gradita ed in virta dei buoni rapporti intercorsi con codesto spettabile Ente, nonostante i continui aumenti dei costi di produzione e delle materie prime, Vi verra concessa una miglioria sugli attuali prezzi di fatturazione; nello specifico:

Table with 6 columns: Codice, Nome commerciale, Misura, Pezzi per UV, Prezzo unitario in essere, Prezzo unitario post miglioria. Rows include ValaClean Soft P50, ValaComfort Net P100, ValaComfort Blanket, ValaComfort Pillow, Menalind Shampoo, Menalind Fluido corpo, Menalind Crema, Menalind Schiuma, Menalind Detergente liquido.

Handwritten notes and calculations next to the table, including '57000', '52700', '68000', '80000', '200', '10000', '1100', '9150', '36', '747,19', '30000,19'.



Restiamo in attesa di un Vostro cortese cenno di riscontro in merito e con l'occasione porgiamo distinti saluti.

PAUL HARTMANN S.p.A.
Amministratore Delegato
Dr. Giovanni Benna

Handwritten signature of Dr. Giovanni Benna

Paul Hartmann S.p.A.
Tel. numero verde 045 8182430
Fax 045 8518987
Direzione 045 8182430
Marketing 045 8518987

www.hartmann.it
Via S. Felice 10
37060 S. Felice del Bolognese (Verona)
Tel. 045 8182430
Fax 045 8518987
E-mail: ufficiogare@hartmann.info

pina.bartolozzi@asnuoro.it

Da: <federica.isalberti@hartmann.info>
A: <pina.bartolozzi@asnuoro.it>
Cc: <carlo.dangelo@hartmann.info>; <gonariochironi@tiscali.it>
Data invio: mercoledì 12 febbraio 2014 17.53
Allega: PRO_VALA_VK_R000_20140212.pdf
Oggetto: Proroga materiale di convivenza Valacomfort, Valaclean e Menalind - Vs prot. PG/2014/0007268 del 10/02/2014

Spettabile Azienda
Gentile Sig.ra Bartolozzi,

in allegato inviamo nostra risposta in merito alla Vs richiesta di cui in oggetto.

Distinti saluti.

PAUL HARTMANN SPA
Tender Office / Ufficio gare
Isalberti Federica
tel. 045 81 82 428 / fax 045 85 10 733
e.mail: federica.isalberti@hartmann.info
oppure ufficiogare@hartmann.info

Please consider the enviroment before printing this mail - Per favore considerare l'ambiente prima di stampare questa mail

Il messaggio trasmesso è rivolto esclusivamente alla persona o al soggetto al quale è indirizzato e potrebbe contenere informazioni riservate o confidenziali. Ne sono proibiti qualunque modifica, inoltro o divulgazione a terzi e qualunque altro uso. Chiunque riceva questa comunicazione per errore è pregato di contattare il mittente e distruggere il messaggio. Grazie.

The information transmitted is intended only for the person or entity to which it is addressed and may contain confidential and/or privileged material. Any review, retransmission, dissemination or other use of, or taking of any action in reliance upon, this information by persons or entities other than the intended recipient is prohibited. If you received this in error, please contact the sender and delete the material from any computer.

Bartolozzi



Azienda Sanitaria di Nuoro



Barbagie Giranis Mandrolisai Marghine
Regione Autonoma Della Sardegna

UO Rianimazione

Presidio Ospedaliero
San Francesco

DIPARTIMENTO AREA CRITICA
U.O. ANESTESIA RIANIMAZIONE
DIRETTORE
DOTT. LUIGI MURA

Dipartimento strutturale
Area Critica
Direttore

ASL3

NP/2014/ 0001388 del 31/01/2014 ore 10,16

Mittente: Rianimazione

Anestesia Rianimazione
Direttore
Dott. Luigi Mura

Assogenerale - Servizio Provveditorato - Res

Classifica: 1. Faseletolo 04 del 2014

Alla c.a. Sig.ra Giuseppina Bartolozzi
Ufficio Provveditorato
Sede

Struttura Semplice
Terapia Intensiva
Responsabile
Dott.ssa Granne Secchi



Struttura Semplice
Ospedalizzazione Domiciliari
Responsabile
Dott.ssa Piers Muretti

In attesa di espletamento gara in corso si fa riferimento allo storico e si richiede con estrema urgenza il seguente materiale;

Struttura semplice
Terapia non intensiva
Responsabile
Dott. Peppina Paffi

Coordinamento locale per i
Trapianti
Dott.ssa Elena Zidda

- Vala Clean Soft - Manopole Cod.992242 Quantità 50.000
- Vala Comfort Net - Panni multiuso 35x38cm Cod. 992330 Quantità 50.000
- Vala Comfort Blanket - Coperte 135x195 Cod. 992332 Quantità 800
- Vala Comfort Pillow - Cuscini 40x50 Cod. 992333 Quantità 1.000
- Menalind Professional - Lozione corpo 500ml Cod.995861 Quantità 36
- ~~Menalind Profesional - Bagno oleoso 500ml Cod.995821 Quantità 24~~

Distinti saluti
Dott. Luigi Mura
Luigi Mura
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA U.S.L. N. 3 - NUORO
P.O. SAN FRANCESCO
RIANIMAZIONE

*E' urgente!!!
Faremo sapere*

SERVIZIO PROVVEDITORATO
Il Dirigente Amministrativo
Dott. Antonello Podda

Baldoni

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/ 0001284 del 29/01/2014 ore 11,20

Mittente Neurochirurgia

Assegnatario Servizio Provveditorato - Riso

Classifica Fascicolo 51 del 2014


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

 P.O. SAN FRANCESCO

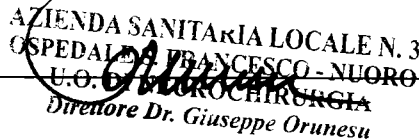
 U.O. NEUROCHIRURGIA

Si richiede la fornitura dei prodotti sottoelencati:

N. progr.	PRODOTTO (nome commerciale)	CODICE	Q.tà Richiesta
1	MANOPOLE VALA CLEAN SOFT (DITTA HANITEX)	992242	8000
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Timbro e firma del Direttore del Dipartimento

Il Direttore dell'U.O.


 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.)

Relazione giustificativa 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

SOGGETTO PROPONENTE

DIPARTIMENTO Chirurgico
UNITA OPERATIVA Neurochirurgia

SEZIONE A Descrizione del prodotto

DITTA FORNITRICE DITTA HARTMANN
DITTA PRODUTTRICE _____
NOME COMMERCIALE _____

CLASSE DI RISCHIO (ex D. Lgs. 46/97)
(se disponibile, apporre una x)

<input type="checkbox"/> I a	<input type="checkbox"/> II a	<input type="checkbox"/> II b	<input type="checkbox"/> III
------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	------------------------------

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

Per l'igiene del paziente ALLETTATO

DESTINAZIONE D'USO:

Per i pazienti NON COLLABORANTI

IL PRODOTTO IMPLICA L'INTRODUZIONE DI UNA TECNICA INNOVATIVA?

<input checked="" type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
--	-----------------------------

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

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> 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 prodotto:

BENEFICI ATTESI:

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

Relazione giustificativa 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

SOGGETTO PROPONENTE

DIPARTIMENTO Chirurgico
UNITA OPERATIVA Neurochirurgia

SEZIONE A Descrizione del prodotto

DITTA FORNITRICE DITTA HARTMANN
DITTA PRODUTTRICE _____
NOME COMMERCIALE _____

CLASSE DI RISCHIO (ex D. Lgs. 46/97)
(se disponibile, apporre una x)

I a	II a	II b	III
-----	------	------	-----

DESCRIZIONE E FUNZIONAMENTO **(Giustificare la scelta con riferimento specifico alle peculiarità del prodotto)**
Per l'igiene del paziente ALIETTATO

DESTINAZIONE D'USO:
Per i PAZIENTI NON COLLABORANTI

IL PRODOTTO IMPLICA L'INTRODUZIONE DI UNA TECNICA INNOVATIVA?

Si	No
----	----

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

Si	No
----	----

(Se si descrivere brevemente la complementarietà)

SEZIONE B Inquadramento terapeutico

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

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

SEZIONE C Aspetti Economici

SPESA PRESUNTA PER LA FORNITURA COMPLESSIVA: € _____

SEZIONE D Aspetti Organizzativi

IL PRODOTTO 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.

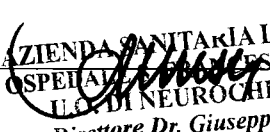
Il sottoscritto _____ in qualità di _____

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 prodotti di cui sopra è la seguente:

FIRMA E TIMBRO DEL RICHIEDENTE

_____ 
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 3
OSPEDALE G. MARCONI - NUORO
U.O. DI NEUROCHIRURGIA
Direttore Dr. Giuseppe Orunesu

DATA _____

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

ASL3
NP/2014/ 0002154 del 14/02/2014 ore 11,39

Mittente Dipartimento Strutturale Cure Chir

Assegnatario Servizio Provveditorato - Fisso

Classifica . 1 Fascicolo 81 del 2014


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

P.O. San Francesco

U.O. Blocco Operatorio

Si richiede la fornitura dei prodotti sottoelencati:

N. progr.	PRODOTTO (nome commerciale)	CODICE	Q.tà Richiesta
1	Vela confort Net- Panni multiuso 35X38cm	992300	10000
2	Per la pulizia e sanificazione		
3	Programmazione Anno 2014		
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Timbro e firma del Direttore del Dipartimento

AZIENDA SANITARIA DI NUORO
 Ospedale "San Francesco" - Nuoro
 Dipartimento delle cure Chirurgiche

Direttore

Dott. Francesco Cossu

Il Direttore dell'U.O. _____

AZIENDA SANITARIA DI NUORO
 Ospedale "San Francesco" - Nuoro
 Dipartimento delle cure Chirurgiche
 Direttore

Dott. Francesco Cossu

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.)

Relazione giustificativa 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

SOGGETTO PROPONENTE

DIPARTIMENTO Cure Chirurgiche

UNITA OPERATIVA Blocco Operatorio

SEZIONE A Descrizione del prodotto

DITTA FORNITRICE Paul Hartman

DITTA PRODUTTRICE Paul Hartman

NOME COMMERCIALE Vela Confort Net

CLASSE DI RISCHIO (ex D. Lgs. 46/97)
(se disponibile, apporre una x)

I a	II a	II b	III
-----	------	------	-----

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

Pulizia e sanificazione

DESTINAZIONE D'USO:

Pulizia e sanificazione di arredi - letti operatori ed accessori - apparecchiature elettromedicali carrelli ed altro

Blocco Operatorio e Anestesia

IL PRODOTTO IMPLICA L'INTRODUZIONE DI UNA TECNICA INNOVATIVA?

Si	No <input checked="" type="checkbox"/>
----	--

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

Si <input checked="" type="checkbox"/>	No
--	----

(Se si descrivere brevemente la complementarietà)

Il prodotto è in uso presso la nostra struttura.

SEZIONE B Inquadramento terapeutico

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

BENEFICI ATTESI:

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

SEZIONE C Aspetti Economici

SPESA PRESUNTA PER LA FORNITURA COMPLESSIVA: € _____

SEZIONE D Aspetti Organizzativi

IL PRODOTTO 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 prodotti di cui sopra è la seguente:

FIRMA E TIMBRO DEL RICHIEDENTE

SANTARIA DI NUORO
Ospedale "San Francesco" - Nuoro
Dipartimento delle Cure Chirurgiche
Dott. Francesco Cassu

DATA