

Trezzano sul Naviglio (MI), 01 luglio 2014

Spett.le
ASL NUORO

pina.bartolozzi@aslnuoro.it



Oggetto: Rif. Vs. Prot. NP/2014/0007232 del 09/06/2014

A seguito di accordi con il ns. agente di zona, Salvatore Ruggiu (cell. 334.8684637), a seguire ns. migliore offerta.

PREVENTIVO n° 114 SR

Codice	Descrizione del Bene	Prezzo UNITARIO di Listino €	Sc. %	Prezzo UNITARIO a Voi riservato €
6800-30-50618	Kit accessori CO2 Sidestream, Adu/Ped	320,00	30	224,00

Condizioni di fornitura:

Resa	Franco Destino	<i>Tutti i prezzi indicati si intendono al netto di IVA 22%</i>	
Consegna	entro max 60 gg. d.r.o.	Pagamento	60 gg.
Imballo/Trasporto	Compresi	Garanzia	24 MESI per le apparecchiature esclusi accessori e consumabili
Collaudo	Compreso	Validità Preventivo	90 giorni

Restando a Vostra completa disposizione per qualsiasi informazione in merito, cogliamo l'occasione per porgerVi i nostri più distinti saluti.

ASLJ

In fede.

PG/2014/ 0034368 del 01/07/2014 ore 17,42

Mittente MINDRAY MEDICAL ITALY

Assegnatario Servizio Proveedorato - Risc

Classifica 1.4.6 Sottofasc 2-15 del 2014



Mindray Medical Italy srl.
Amministratore Delegato
MINDRAY MEDICAL ITALY SRL

pina.bartolozzi@asnuoro.it

Da: "Cristina Bonetto" <cristina.bonetto@mindray.com>
A: <pina.bartolozzi@asnuoro.it>
Cc: "Salvatore Ruggiu" <salv.ruggiu@gmail.com>; "Alessandro Trolli" <a.trolli@mindray.com>
Data invio: martedì 1 luglio 2014 11.46
Allega: 114-SR-140701-Nuoro-Kit Accessori.pdf
Oggetto: Offerta 114/2014 MINDRAY

Buongiorno,
inviando in allegato nostra offerta economica in oggetto.

Cordiali saluti / Best regards

Cristina Bonetto
Sales

mindray

Mindray Medical Italy S.r.l.
Via Leonardo Da Vinci n. 158, 20090 Trezzano S. Naviglio (MI)
Entrata Merci: Via Pier della Francesca n. 11
Tel. +39 02 5737 401 Fax. +39 02 55232018
info.it@mindray.com

Prof. Lanni

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

Prof. Lanni

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

ASL3
NP/2014/ 0007232 del 09/06/2014 ore 11,44
 Mente: Rianimazione
 Assegnatario: Servizio Provveditorato - Risc.
 Classifica: 1 Fascicolo: 51 del 2014



P.O. **SAN FRANCESCO NUORO**

U.O. **CENTRO RIANIMAZIONE**

Si richiede la fornitura dei dispositivi sottoelencati:

N. progr.	PRODOTTO	CODICE	Q.tà Richiesta
1	KIT ACCESSORI CO2 SIDESTREAM MINDRAY	680030-50618	300
2			
3			
4			
5	<i>chiesto perché lo usate 06.07.2014</i>		
6	<i>è S. Ruffa rappresentante Mindray</i>		
7			
8			
9			
10	<i>S. Ruffa</i>		

Timbro e firma del Direttore del Dipartimento

Il Direttore dell'U.O.

Regione Autonoma della Sardegna
AZIENDA U.S.L. N. 3 - NUORO
E. Lanni
P.O. San Francesco Rianimazione

Il Direttore del Dipartimento del Farmaco

Il Direttore del P.O.

Si allega: **Relazione giustificativa di scelta**

AZIENDA SANITARIA LOCALE N.3 NUORO

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

All.to alla richiesta prot. n. _____

SOGGETTO PROPONENTE

DIPARTIMENTO **AREA CRITICA**

UNITA OPERATIVA **CENTRO RIANIMAZIONE**

SEZIONE A Descrizione del dispositivo medico

DITTA FORNITRICE **MEDAX SRL**

DITTA PRODUTTRICE **MINDRAY**

NOME COMMERCIALE **KIT ACCESSORI C.O?**

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

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

MARCHIO C.E. _____

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

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

ACCESSORIO INDISPENSABILE PER IL FUNZIONAMENTO DEI MONITORS. IL CORRETTO UTILIZZO DI TALE PRODOTTO GARANTISCE RILEVAZIONI DI PARAMETRI VITALI

DESTINAZIONE D'USO:

RILEVAZIONI PARAMETRI VITALI SU PAZIENTI RICOVERATI IN AREA CRITICA

IL DISPOSITIVO IMPLICA L'INTRODUZIONE DI UNA TECNICA INNOVATIVA?

Si No

IL DISPOSITIVO è COMPLEMENTARE A FORNITURE O SERVIZI EFFETTUATEI DAL FORNITORE ORIGINARIO?

X No

(Se si descrivere brevemente la complementarità)

ACCESSORIO D'USO COMPATIBILE CON I SISTEMI DI MONITORAGGIO MINDRAY IN USO

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**

Si allega scheda tecnica del prodotto.

Il sottoscritto _____

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
- 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:

MEDAX SRL

DATA

FIRMA E TIMBRO DEL RICHIEDENTE

Elena Liguori

**Regione Autonoma della Sardegna
AZIENDA U.S.L. N. 3 - NUORO
P.O. San Francesco
Rianimazione**