

**Te.S.Med.**

Tecnologie Scientifico Medicali



Prot. n. 33/15

del 03/06/2015

Pagina 1 di 3

Spett.le

ASL N. 3 - NUORO
 Servizio Provveditorato
 Via Demurtas, 1

08100 NUORO

Oggetto: Preventivo di spesa Vs. richiesta PG/2015/0023881 del 14/05/2015

Il sottoscritto Marco Meloni quale Rappresentante Legale della ditta Te.S.Med. S.n.c. con sede e domicilio fiscale in Decimomannu (CA) - Via Nazionale 59/b, C.F./P.IVA n.02785010923, **Agente/Distributore esclusivo per la Regione Sardegna della Burke & Burke S.p.A.**, propone la migliore offerta per quanto descritto e alle condizioni sotto riportate:

WI270.771	Generatore nCPAP Inspire con circuito paziente per AirCon (conf. da pz.20) CND: R020107 - N.REP.: 390946/R	
	Prezzo di listino iva esclusa cad. confezione	€.2.240,00 (duemiduecentoquaranta/00)
	Sconto a voi riservato su listino 20%	
	Prezzo iva esclusa a voi riservato cad. confezione	€. 1.792,00 (millesettecentonovantadue/00)
	Prezzo iva esclusa a voi riservato n.2 confezioni	€. 3.584,00 (tremlacinquecentottantaquattro/00)
IHC609/10	Maschera nCPAP Inspire mis. piccola (conf. da pz.10) CND: R03010102 - N.REP.: 332115	
	Prezzo di listino iva esclusa cad. confezione	€. 200,00 (duecento/00)
	Sconto a voi riservato su listino 15%	
	Prezzo iva esclusa a voi riservato cad. confezione	€. 170,00 (centosettanta/00)
	Prezzo iva esclusa a voi riservato n°2 confezioni	€. 340,00 (trecentoquaranta/00)
IHC610/10	Maschera nCPAP Inspire mis. media (conf. da pz.10) CND: R03010102 - N.REP.: 361032	
	Prezzo di listino iva esclusa cad. confezione	€. 200,00 (duecento/00)
	Sconto a voi riservato su listino 15%	
	Prezzo iva esclusa a voi riservato cad. confezione	€. 170,00 (centosettanta/00)
	Prezzo iva esclusa a voi riservato n°2 confezioni	€. 340,00 (trecentoquaranta/00)
IHC611/10	Maschera nCPAP Inspire mis. grande (conf. da pz.10) CND: R03010102 - N.REP.: 366239	
	Prezzo di listino iva esclusa cad. confezione	€. 200,00 (duecento/00)
	Sconto a voi riservato su listino 15%	
	Prezzo iva esclusa a voi riservato cad. confezione	€. 170,00 (centosettanta/00)
	Prezzo iva esclusa a voi riservato n°2 confezioni	€. 340,00 (trecentoquaranta/00)



Te.S.Med.

Tecnologie Scientifico Medicali

Prot. n. 33/15

del 03/06/2015

Pagina 2 di 3

IHBGY00/10	Cuffiette nCPAP Inspire mis. 00 (20-22 cm) colore grigio (conf. da pz. 10) CND: R03010104 - N.REP.: 361063 Prezzo di listino iva esclusa cad. confezione Sconto a voi riservato su listino 15% Prezzo iva esclusa a voi riservato cad. confezione Prezzo iva esclusa a voi riservato n°4 confezioni	€. 200,00 (duecento/00) €. 170,00 (centosettanta/00) €. 680,00 (seicentottanta/00)
IHBPK0/10	Cuffiette nCPAP Inspire mis. 0 (22-24 cm) colore rosa (conf. da pz. 10) CND: R03010104 - N.REP.: 361064 Prezzo di listino iva esclusa cad. confezione Sconto a voi riservato su listino 15% Prezzo iva esclusa a voi riservato cad. confezione Prezzo iva esclusa a voi riservato n°4 confezioni	€. 200,00 (duecento/00) €. 170,00 (centosettanta/00) €. 680,00 (seicentottanta/00)
IHBBR1/10	Cuffiette nCPAP Inspire mis. 1 (24-26 cm) colore marrone chiaro (conf. da pz. 10) CND: R03010104 - N.REP.: 361065 Prezzo di listino iva esclusa cad. confezione Sconto a voi riservato su listino 15% Prezzo iva esclusa a voi riservato cad. confezione Prezzo iva esclusa a voi riservato n°4 confezioni	€. 200,00 (duecento/00) €. 170,00 (centosettanta/00) €. 680,00 (seicentottanta/00)
IHBYE2/10	Cuffiette nCPAP Inspire mis. 2 (26-28 cm) colore giallo (conf. da pz. 10) CND: R03010104 - N.REP.: 361066 Prezzo di listino iva esclusa cad. confezione Sconto a voi riservato su listino 15% Prezzo iva esclusa a voi riservato cad. confezione Prezzo iva esclusa a voi riservato n°4 confezioni	€. 200,00 (duecento/00) €. 170,00 (centosettanta/00) €. 680,00 (seicentottanta/00)
WI271.176	Circuito paziente a doppio riscaldamento per Fabian HFO con AirCon (conf. da pz. 10) CND: R020107 - N.REP.: 793674 Prezzo di listino iva esclusa cad. confezione Sconto a voi riservato su listino 20% Prezzo iva esclusa a voi riservato cad. confezione Prezzo iva esclusa a voi riservato n.3 confezioni	€.1.410,00 (millequattrocentodieci/00) €. 1.128,00 (millecentoventotto/00) €. 3.384,00 (tremilatrecentottantaquattro/00)

AC7007	Membrana per valvola espiratoria per Fabian HFO (conf. da pz.1) CND: N.A. - N.REP.: N.A. Prezzo di listino iva esclusa cad. confezione Sconto a voi riservato su listino 15% Prezzo iva esclusa a voi riservato cad. confezione Prezzo iva esclusa a voi riservato n.3 confezioni	€.50,00 (cinquanta/00) €. 42,50 (quarantadue/50) €. 127,50 (centoventisette/50)
AC1031	Sensore di flusso neonatale autoclavabile per Fabian HFO (conf. da pz.1) CND: Z1203019085 - N.REP.: 227509 Prezzo di listino iva esclusa cad. confezione Sconto a voi riservato su listino 15% Prezzo iva esclusa a voi riservato cad. confezione Prezzo iva esclusa a voi riservato n.3 confezioni	€.380,00 (trecentottanta/00) €. 323,00 (trecentoventitre/00) €. 969,00 (novecentosessantanove/00)

VALIDITA' OFFERTA: 180 giorni;

TRASPORTO: compreso

CONSEGNA: entro 15 gg. ricevimento ordine;

PAGAMENTO: entro 60 giorni D.F.;

IVA: 22% di legge a Vs. carico

Te.S.Med. S.n.c.

Il Legale Rappresentante



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

Bonoboni

ASL3

NP/2015/ 0006543 del 11 05 2015 ore 11.52

Mittente: Dipartimento di Farmacia

Assegnatario: Servizio Farmaceutico - Res

Classifica: 11.05.2015 ore 11.52



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

P.O. SAN FRANCESCO

U.O. TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

Si richiede la fornitura dei dispositivi sottoelencati:

N. progr.	CND	PRODOTTO (nome commerciale)	CODICE	Q.tà annua Richiesta
1	R02010 7	GENERATORE CON CIRCUITO PAZIENTE (1126000) 20 PZ	W127077 1	40 PZ(2 CNF)
2	R03010 102	MASCHERA nCPAP mis. Grande(IHC611/10) 10 PZ		20(2 CNF)
3	R03010 102	MASCHERA nCPAP mis. Media(IC610/10) 10 PZ		40 PZ
4		MASCHERA nCPAP MIS. PICCOLA		40 PZ
5		(IC609/10) 10 PZ		
6				
7				
8				
9				
10				

Timbro e firma del Direttore del Dipartimento

Il Direttore dell'U.O.

[Handwritten Signature]

AZIENDA SANITARIA DI NUORO
 P.O. "San Francesco"
 U.O. PEDIATRIA
 Direttore Dott. Antonio Cualbu

Il Direttore del Servizio Farmacia

AZIENDA SANITARIA DI NUORO
 IL DIRETTORE
 DEL SERVIZIO DI FARMACIA
 Dr. Pasquale Sanna

D. SERVIZIO PEDIATRIA
 FARMACIA "S. FRANCESCO"

[Handwritten Signature]

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

Protocollo n _____

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

P.O. SAN FRANCESCO

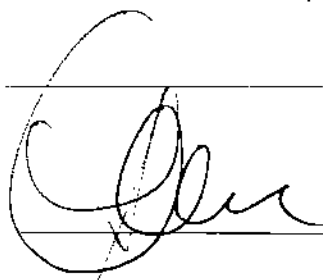
U.O. TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

Si richiede la fornitura dei dispositivi sottoelencati:

N. progr.	CND	PRODOTTO (nome commerciale)	CODICE	Q.tà annua Richiesta
1	R03010 104	CUFFIETTE nCPAP INSPIRE M 00 10 PZ	IHBGY00/ 10	40 PZ
2	R03010 104	CUFFIETTE nCPAP INSPIRE MIS.O 10 PZ	IHBGY00	40 PZ
3	R03010 104	CUFFIETTE nCPAP INSPIRE MIS 1 10 PZ	IHBRR1	40 PZ
4	R03010 104	CUFFIETTE nCPAP INSPIRE MIS 2	IHBYE2	40 PZ
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Timbro e firma del Direttore del Dipartimento

Il Direttore dell'U.O.



AZIENDA SANITARIA DI NUORO
 P.O. "San Francesco"
 U.O. PEDIATRIA
 Direttore Dott. Antonio Galati

Il Direttore del Servizio Farmacia _____

AFFIDAMENTO DIRETTO

ex art.31 Dir. CE 18/2004 e art. 57 D.Lgs. 163/2006

SOGGETTO PROPONENTE

MEDICO

DIPARTIMENTO _____

UNITA OPERATIVA _____ TERAPIA INTENSIVA NEONATALE _____

Descrizione del dispositivo medico

TESMED S.N.C.

DITTA FORNITRICE _____

DITTA PRODUTTRICE _____ INSPIRATION HEALTH CARE LTD UK

DESTINAZIONE.D'USO _____ CUFFIETTA PAZIENTE PER FISSAGGIO GENERATORE CPAP

DI PROPRIETA' DELL'U.O.

Giustificare la scelta con riferimento specifico alle peculiarità del prodotto e specificare inoltre:

- a) impatto e coerenza strategica: innovazione/sostituzione/affiancamento rispetto alle alternative esistenti e motivazioni;

_____ apparecchio di proprietà n° inv. 11264---11260---
11262 PRESIDIO CON CARATTERI STICHI 100MM

- b) indicazione dei dispositivi adottati per trattare lo stesso problema e svolgere la stessa funzione e/o procedura;

_____ assenti _____

- c) identificazioni della tipologia di pazienti che risulterebbero non trattabili o delle procedure diagnostiche/terapeutiche non praticabili qualora il dispositivo richiesto non venisse acquisito:

_____ pazienti con necessità di assistenza
respiratoria _____

- d) vantaggi e peculiarità: vantaggi clinici e/o economici rispetto all'alternativa esistente;

_____ DOTAZIONE TEMPORANEA IN ATTESA DI CANA _____

- e) costo complessivo della fornitura;

€ _____ e 704 _____

È PREVISTA FORMAZIONE E/O AFFIANCAMENTO?

Si No

Se di nuova introduzione allegare scheda tecnica del prodotto

Il sottoscritto ANTONIO CUALBU _____ n qualità
di DIRETTORE _____

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 l'unica Ditta in grado di fornire i dispositivi di cui sopra è la seguente:

Tesuro

FIRMA E TIMBRO DEL RICHIEDENTE



DATA
31/01/2015

AZIENDA SANITARIA DI NUORO
P.O. "San Francesco"
U.O. PEDIATRIA
Direttore Dott. Antonio Cualbu

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

SOGGETTO PROPONENTE

DIPARTIMENTO MEDICO

UNITA OPERATIVA TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

Descrizione del dispositivo medico

DITTA FORNITRICE Te.S.MED S.N.C.

DITTA PRODUTTRICE INSPIRATIO HEALTHCARE LTD UK

DESTINAZIONE.D'USO MASCHERINA CPAP INSPIRE USATA COME INTERFACCIA NASALE CON IL GENERATOR CPAP DI TIPO INSPIRE

DI PROPRIETA' DELL'U.O

Giustificare la scelta con riferimento specifico alle peculiarità del prodotto e specificare inoltre:

- a) impatto e coerenza strategica: innovazione/sostituzione/affiancamento rispetto alle alternative esistenti e motivazioni;

apparecchio di proprietà n° inv. 10593----10582----11262

PRESDI CON CARATTERISTICHE IDONEE

- b) indicazione dei dispositivi adottati per trattare lo stesso problema e svolgere la stessa funzione e/o procedura;

assenti

- c) identificazioni della tipologia di pazienti che risulterebbero non trattabili o delle procedure diagnostiche terapeutiche non praticabili qualora il dispositivo richiesto non venisse acquisito;

pazienti con necessità di assistenza respiratoria

- d) vantaggi e peculiarità: vantaggi clinici e/o economici rispetto all'alternativa esistente;

DOTAZIONE TEMPORANEA IN ATTESA DI CURA

- e) costo complessivo della fornitura;

€ E 1498

È PREVISTA FORMAZIONE E/O AFFIANCAMENTO?

Si

No

Se di nuova introduzione allegare scheda tecnica del prodotto

N.B.: TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI E VANNO COMPILATI PENA IL RIGETTO DELLA RICHIESTA DI AFFIDAMENTO DIRETTO

Il sottoscritto Antonio Cualbu in qualità di Direttore

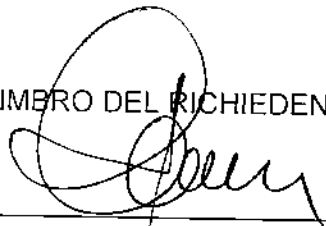
DICHIARA

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 l'unica Ditta in grado di fornire i dispositivi di cui sopra è la seguente:

TLSMED

FIRMA E TIMBRE DEL RICHIEDENTE



DATA

21/03/2015

AZIENDA SANITARIA DI NUORO
P.O. "San Francesco"
U.O. PEDIATRIA
Direttore Dott. Antonio Cualbu

ASLNuoro

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

SOGGETTO PROPONENTE

DIPARTIMENTO ___MEDICO___

UNITA OPERATIVA ___SAN FRANCESCO___

Descrizione del dispositivo medico

DITTA FORNITRICE ___Te.S.Med___

DITTA PRODUTTRICE ___Burke&Burke___

DESTINAZIONE D'USO ___generatore nCPAPa flusso variabile con tre nasocannule usato con umidificatore wilamed
AR ___DI PRO META' DELL'U.O.___

Giustificare la scelta con riferimento specifico alle peculiarità del prodotto e specificare inoltre:

- a) impatto e coerenza strategica: innovazione/sostituzione/affiancamento rispetto alle alternative esistenti e motivazioni;

11262 ___apparecchio di proprietà n° inv. 11264----11260----
PRESIDIO UN CAMERE AI SISTEMI COMPATIBILI
UN LA DOTAZIONE DI NUMERO

- b) indicazione dei dispositivi adottati per trattare lo stesso problema e svolgere la stessa funzione e/o procedura;

___assenti___

- c) identificazioni della tipologia di pazienti che risulterebbero non trattabili o delle procedure diagnostiche terapeutiche non praticabili qualora il dispositivo richiesto non venisse acquisito;

___pazienti con necessità di assistenza
respiratoria.___

- d) vantaggi e peculiarità: vantaggi clinici e/o economici rispetto all'alternativa esistente:

___DOTAZIONE TEMPORANEA IN ATTESA DI SALA

- e) costo complessivo della fornitura;

€ ___e 4092___

È PREVISTA FORMAZIONE E/O AFFIANCAMENTO?

Si

~~No~~

Se di nuova introduzione allegare scheda tecnica del prodotto

N.B.: TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI E VANNO COMPILATI PENA IL RIGETTO DELLA RICHIESTA DI AFFIDAMENTO DIRETTO

Il sottoscritto ANTONIO CUALBU _____ n qualità
di DIRETTORE _____

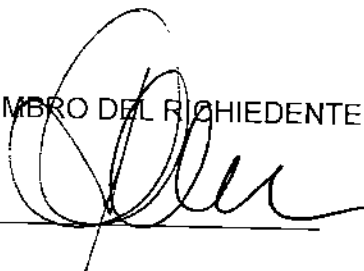
DICHIARA

**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 l'unica Ditta in grado di fornire i dispositivi di cui sopra è la seguente:

Fesmed

FIRMA E TIMBRO DEL RICHIEDENTE



DATA
21/03/15

AZIENDA SANITARIA DI NUORO
P.O. "San Francesco"
U.O. PEDIATRIA
Direttore Dott. Antonio Cualbu

Bontade

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

Bontade

ASL3
NP/2015/ 0006539 del 11 05 2015 ore 11,42
Fonte: Dipartimento Farmacia
Assegnato: Servizio Proveditorato - P.S.
Data: 11 Maggio 2015

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



P.O. SAN FRANCESCO
U.O. PEDIATRIA

Si richiede la fornitura dei dispositivi sottoelencati:

N. progr.	CND	PRODOTTO (nome commerciale)	CODICE	Q.tà annua Richiesta
1	C02010 7	Circuito doppio riscaldato w 1271.176	1125756	30 pz (3 cnf)
2	Z12030 19085	Sensore di flusso autoclavabile AC1031	76215	3 PZ
3	N.A. <i>Rgo</i>	MEMBRANA PER VALVOLA EXP FABIAN HFO	AC 7007	3 PZ
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Timbro e firma del Direttore del Dipartimento

[Signature]

AZIENDA SANITARIA DI NUORO
P.O. "San Francesco"
U.O. PEDIATRIA
Direttore Dott. Antonio Cualbu

Il Direttore dell'U.O.

Il Direttore del Servizio Farmacia

AZIENDA SANITARIA DI NUORO
IL DIRETTORE
DEL SERVIZIO DI FARMACIA
Dr. Pasquale Sanna

ESCA B. DEIANA
FARMACIA P.O. "SAN FRANCESCO"
NUORO

[Signature]

ASLNuoro

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

SOGGETTO PROPONENTE

MEDICO

DIPARTIMENTO _____

UNITÀ OPERATIVA __TERAPIA INTENSIVA NEONATALE_____

Descrizione del dispositivo medico

DITTA FORNITRICE _____ TES.MED _____

DITTA PRODUTTRICE __BURKE&BURKE_____

DESTINAZIONE.D'USO __CIRCUITO PAZIENTE A DOPPIO RISCALDAMENTO PER VENTILATORE FABIAN HFO IN
 DOTAZIONE

ALL'U.O. APPARECCHIO DI PROPRIETA'

Giustificare la scelta con riferimento specifico alle peculiarità del prodotto e specificare inoltre:

- a) impatto e coerenza strategica: innovazione/sostituzione/affiancamento rispetto alle alternative esistenti e motivazioni;

apparecchio di proprietà inv. N° 10593 --- 10582 ---
10592 PRESSIONE CON CARATTERISTICHE IDONEE
ALL' APPARECCHIO IN DOTAZIONE

- b) indicazione dei dispositivi adottati per trattare lo stesso problema e svolgere la stessa funzione e/o procedura;

assenti

- c) identificazioni della tipologia di pazienti che risulterebbero non trattabili o delle procedure diagnostiche/terapeutiche non praticabili qualora il dispositivo richiesto non venisse acquisito;

neonati pretermine e con insufficienza respiratoria

- d) vantaggi e peculiarità: vantaggi clinici e/o economici rispetto all'alternativa esistente;

DOTAZIONE TEMPORALE IN ATTESA DI
GARA

- e) costo complessivo della fornitura

E 3861

È PREVISTA FORMAZIONE E/O AFFIANCAMENTO?

Si

No

Se di nuova introduzione allegare scheda tecnica del prodotto

N.B.: TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI E VANNO COMPILATI PENA IL RIGETTO DELLA RICHIESTA DI AFFIDAMENTO DIRETTO

Il sottoscritto ANTONIO CUALBU _____ n qualità
di DIRETTORE _____

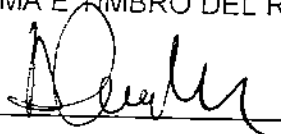
DICHIARA

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 l'unica Ditta in grado di fornire i dispositivi di cui sopra è la seguente.

Tesmed

FIRMA E TIMBRO DEL RICHIEDENTE



DATA

21/03/2015

AZIENDA SANITARIA DI NUORO
P.O. "San Francesco"
U.O. PEDIATRIA
Direttore Dott. Antonio Cualbu

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

SOGGETTO PROPONENTE

MEDICO

DIPARTIMENTO _____

UNITA OPERATIVA TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

Descrizione del dispositivo medico

DITTA FORNITRICE TES.MED

DITTA PRODUTTRICE BURKE&BURKE

DESTINAZIONE.D'USO MEMBRANA PER VALVOLA +SENSORE DI FLUSSO PER VENTILATERE FABIAN HFO IN DOTAZIONE ALL'U.O. (APPARECCHIO DI PROPRIETA')

Giustificare la scelta con riferimento specifico alle peculiarità del prodotto e specificare inoltre:

a) impatto e coerenza strategica: innovazione/sostituzione/affiancamento rispetto alle alternative esiste e motivazioni;

10592 apparecchio di proprietà n° inv. 10582---10593---
PRESIDIO CON CARATTERI ST. CM 100NEE
ALL' APPARECCHIO IN DOTAZIONE

b) indicazione dei dispositivi adottati per trattare lo stesso problema e svolgere la stessa funzione e/o procedura;

assenti

c) identificazioni della tipologia di pazienti che risulterebbero non trattabili o delle procedure diagnostiche terapeutiche non praticabili qualora il dispositivo richiesto non venisse acquisito;

neonati pretermine -insufficienza respiratoria

d) vantaggi e peculiarità: vantaggi clinici e/o economici rispetto all'alternativa esistente;

DOTAZIONE TEMPORANEA IN ATTESA DI
GARA

e) costo complessivo della fornitura;

€ 1155

È PREVISTA FORMAZIONE E/O AFFIANCAMENTO? Si No

Se di nuova introduzione allegare scheda tecnica del prodotto

N.B.: TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI E VANNO COMPILATI PENA IL RIGETTO DELLA RICHIESTA DI AFFIDAMENTO DIRETTO

Il sottoscritto ANTONIO CUALBU _____ n qualità
di DIRETTORE _____

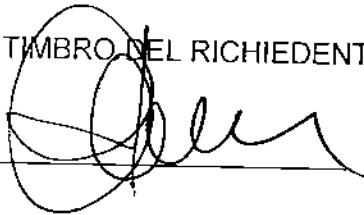
DICHIARA

**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 l'unica Ditta in grado di fornire i dispositivi di cui sopra è la seguente:

Tesup

FIRMA E TIMBRO DEL RICHIEDENTE



DATA

21/03/2015

AZIENDA SANITARIA DI NUORO
P.O. "San Francesco"
U.O. PEDIATRIA
Direttore Dott. Antonio Cualbu