

Barbieri

Offerta:

Numero	Del
15/00200	24/11/2015

PERINI ANDREA

Nostro riferimento:

Vostro riferimento

AZIENDA SANITARIA DI NUORO
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
SERVIZIO PROVVEDITORATO - RISORSE NATURALI
VIA DEMURTAS N. 1

08100 NUORO

NU

Con la presente presentiamo la nostra migliore offerta per la seguente fornitura:

Articolo	Descrizione	UM	Quantità	Prz. Unitario	Prezzo a voi riservato
1052554	PerforMax EE+SE riutiliz., 5 reggim.,2 racc.,mis. L	pz	10,00	230,00	2.300,00
1052553	PerforMax EE+SE riutiliz., 5 reggim.,2 racc.,mis. S	pz	10,00	230,00	2.300,00
<p>MINIMO D'ORDINE € 209,50 O IL CONTRIBUTO SPESE SPEDIZIONE DI € 20,00 + IVA.</p> <p style="text-align: center;">ASLJ PG/2015/ 0052990 del 25/11/2015 ore 09.01 Mittente: MTV MEDICAL SFL Assegnatario: Servizio Provveditorato - Ris. Classifica: 14.6. Scat. fasc. 6-2 del 2015</p> 					

Totale fornitura IVA esclusa 4.600,00

Verrà applicata la seguente condizione di pagamento: Bonifico a 60gg. f.m.

Nell'attesa di un vostro cortese riscontro, vogliate nel frattempo gradire i nostri

Distinti Saluti

MTV MEDICAL SRL

Buioconi

AZIENDA SANITARIA LOCALE N.3 NUORO
 Modello di richiesta d'acquisto urgente di MATERIALE SANITARIO P.T.
 in regime di **AFFIDAMENTO DIRETTO**
 ex art.31 Dir. CE 18/2004 e art. 57 D.Lgs. 163/2006

Mod.A/A1 Alegato 1

ASL3

NP/2015/0014172 del 22/10/2015 ore 10.13

Titolo: Farmazione

Assegnatore: Servizio Provveditorato - Firo

Completato il 18/10/2015



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

Nuoro, 21/10/2015

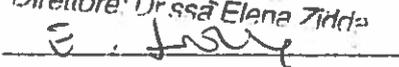
P.O. **SAN FRANCESCO**

U.O. **RIANIMAZIONE**

Si richiede la fornitura del materiale sanitario sottoelencato:

N. Progr.	NOME COMMERCIALE PRODOTTO	Codice	Q.tà Richiesta
1	PERFOR MAX L	1052554	10
2	PERFOR MAX S	1052553	10

In seguito a verifiche di mercato la Ditta in grado di fornire i farmaci di cui sopra è la seguente:

AZIENDA SANITARIA DI NUORO
P.O. "San Francesco" Nuoro
 Timbro e firma del Direttore della Struttura Complessa
U.O. Anestesia e Rianimazione
 Direttore: *Dr.ssa Elena Zidda*


Il Direttore del Dipartimento del Farmaco _____

Il Direttore del P.O. _____

Si allega: Relazione giustificativa di scelta

*- in data 11.11.2015 mandato d'ispezione e fidejussione per
 mancanza schede tecniche e prezzo
 - viene data d'ordine preventivo*

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

SOGGETTO PROPONENTE

DIPARTIMENTO **AREA CRITICA**

UNITA OPERATIVA **CENTRO RIANIMAZIONE**

SEZIONE A Descrizione del prodotto

DITTA FORNITRICE **PHILIPS HEALTHCARE**

DITTA PRODUTTRICE **RESPIRONICS**

NOME COMMERCIALE

M. Cas
039 / 20.36.205

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)
SI ALLEGA SCHEDA TECNICA

DESTINAZIONE D'USO: **PER LA VENTILAZIONE DEI PAZIENTI**

IL PRODOTTO IMPLICA L'INTRODUZIONE DI UNA TECNICA INNOVATIVA?

Si	X
----	----------

IL PRODOTTO È COMPLEMENTARE A FORNITURE O SERVIZI EFFETTUATE/I DAL FORNITORE ORIGINARIO?
(Se sì descrivere brevemente la complementarietà)

X	No
----------	----

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?

PUO' ESSERE USATO DA TUTTI GLI OPERATORI

È PREVISTA FORMAZIONE E/O AFFIANCAMENTO?

Si	X
----	---

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:

AZIENDA SANITARIA DI NUORO
FIRMA E TIMBRO DEL
P.O. "San Francesco" - Nuoro
U.O. Anestesia e Rianimazione
Direttore: Dr. Ssa Elena Zide

DATA

NUORO 21/10/2015