



*Set  
19/10/10*

Prot. n. 2817493

Oristano 19/10/2010

*u*  
Oggetto: richiesta acquisto IALOCLEAN.

Allegato n° 1 alla determinazione  
Serv. Provveditorato N° 474 del 26/10/10  
Composto di n° 01 fogli

Servizio Provveditorato

SEDE

Con riferimento alla nota 2622419 del 17-06-2010, si comunica che lo stesso paziente necessita di:

IALOCLEAN spray per mucosa orofaringea flacone 50ml cod. 927083  
n° 4 flaconi al mese per 1 anno

Distinti saluti.

IL DIRETTORE  
FARMACIA TERRITORIALE  
Dr.ssa Saiu Anna G. Angela

*- 1 -*



Allegato n° 2 alla determinazione  
Serv. Provveditorato N° 474 del 26/10/10  
Composto di n° 01 fogli  
Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

**SERVIZIO PROVVEDITORATO**

Prot. 70958/1 (MRS)

**Oristano, lì 21 ottobre 2010!**

Spett.le CO.SA.FA.CA Coop. a r.l.

FAX 070 2280273

**Oggetto: richiesta preventivo di spesa per la fornitura di IALOCLEAN spray 50 ml.**

Questa Azienda deve procedere alla fornitura **URGENTE** - mediante acquisto in economia ai sensi dell'art. 125 del D.L.vo 163/2006 - del fabbisogno annuo presunto pari a circa 50 (cinquanta) flaconi da 50 ml. di IALOCLEAN mucosa oro-faringea, da destinare ad assistito avente diritto ai sensi della L.R. 34/96.

Per quanto sopra, con la presente si invita Codesta Spett.le Ditta a far pervenire a mezzo fax (0783 73315) la propria migliore offerta **CON LA MASSIMA URGENZA**.

Non verranno prese in considerazione offerte difformi rispetto a quanto richiesto e l'Amministrazione si riserva, a proprio insindacabile giudizio, di non procedere all'aggiudicazione qualora lo ritenga necessario.

L'offerta indirizzata all'Azienda USL N° 5 - Serv. Provveditorato - Via Carducci 35 - 09170 - Oristano - alla att.ne della Sig.ra Setzu - dovrà contenere l'indicazione dell'importo unitario in cifre e in lettere, aliquota IVA e percentuale di sconto applicato.

Nella formulazione dell'offerta la Ditta dovrà tenere presente che la consegna dei beni dovrà essere eseguita in porto franco, libera da ogni spesa e il prezzo dovrà essere comprensivo di imballo, trasporto, carico e scarico presso la sede che verrà indicata nell'atto di acquisto.

Il pagamento verrà effettuato nel termine di 90 giorni dalla data di ricevimento della fattura, in deroga al D. lgs n° 231 del 09.10.2002 ed in regola esecuzione della fornitura.

Pregasi specificare i tempi di consegna dall'ordine e riportare nel preventivo il numero di protocollo e la sigla indicati.

**Il Direttore del Servizio Provveditorato**  
D.ssa Maria Gesuina Demurtas

Il Collaboratore Istruttore  
Maria Rosa Setzu  
(martedì e giovedì: 0783 317845)

€ 8,69 + 20%  
114

ASL Oristano **ASL 5 Oristano**  
Direttore del servizio  
(D.ssa Maria Gesuina Demurtas)

Via Carducci, 35  
09170 Oristano  
Tel 0783/317780 Fax 0783/73315  
[www.asl5oristano.it](http://www.asl5oristano.it)  
E-mail: [Provveditorato@asl5oristano.it](mailto:Provveditorato@asl5oristano.it)

- 1 -

Servizio Sanitario Regione Sardegna  
ASL 5 ORISTANO  
Dipartimento Amministrativo  
Servizio Provveditorato  
Pag. 1 di 2  
21 OTT 2010  
Arrivato il  
Prot. N. 71120 del 21/10/2010