

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SARDEGNA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N°5
ORISTANO

Prot. N° 3222878

UFFICIO PROTESI - DISTRETTO

Allegato n° 1 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° 335 del 18.06.2011 Oristano, li 23.06.2011
Composto di n° 12 fogli

OGGETTO: assistiti aventi diritto per acquisto presidi
sanitari D.M. 27 agosto 1999, n. 332.

Al Servizio Acquisizione Beni

SEDE

In riferimento alla richiesta del Sig. [redacted] prot. n° 43351 del 23.06.2011, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da [redacted]

Allegato alla presente si trasmette la richiesta per l'acquisto dei presidi sanitari di cui all'oggetto, dell'assistito [redacted]

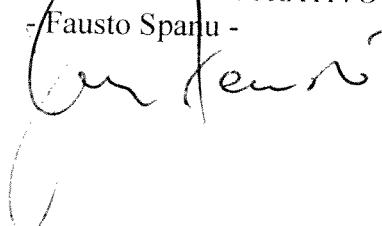
- N° 1 ventilatore CPAP con Smart Card e Umidificatore. codice ISO 03.03.15;
- N° 2 maschere in silicone profile-lite M-S Respironics con WisperSwivel;
- N° 2 calottine di supporto maschera;
- N° 2 tubo raccordo per ventilatore;
- N° 12 filtri di ricambio per ventilatore;

Distinti saluti.

Servizio Sanitario Regione Sardegna ASL n° 5 - ORISTANO Dipartimento Amministrativo Servizio Provveditorato
24 GIU 2011
Arrivato il _____
Prot. N. _____ dei _____

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO
- Dr. Antonio Delabona -

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO
- Fausto Spanu -



Servizio Sanitario - Regione Sardegna
Azienda U.S.L. N. 5 di Oristano

Allegato 1

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
Modello di Prescrizione Specialistica

ASSISTITO

NOME _____ COGNOME _____ ETÀ: _____
Nato a _____ II _____ C.F. _____
Residente in _____ Via _____ N. _____

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica Sdra delle Apnee ostruttive nel sonno
Valutazione dei deficit Z33.0
Valutazione funzionale e abilità residue Normale Voto Niclosone
E in grado di comprendere modalità e finalità dell'uso del
Ventilatore
Valutazione delle attività, azioni da supportare e/o compensare _____

Obiettivi riabilitativi in relazione alla valutazioni delle abilità motorie, intellettive e ambientali compatibili con il presidio proposto
L'uso del Ventilatore è finalizzato ad evitare l'insorgere di Funzioni respiratorie
durante il sonno e sue complicanze Cardio - Vascolari e metaboliche

Tempi di impiego previsti

Da usare tutte le notti con presenza di 9,5 cm H₂O

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
<u>Ventilatore CPAP con START CARD</u>	<u>601-M-01</u>	<u>03-03-15</u>	<u>1</u>
<u>+ Omnidifensore</u>			<u>1</u>
<u>Mascherine e sollecite profile lente</u>			<u>2</u>
<u>HS Respirators con Whisper BVMel</u>			<u>2</u>
<u>Collettori di supporto</u>			<u>2</u>
<u>Tubi nasali per Ventilatore</u>			<u>2</u>
<u>Filtri di ricambio Ventilatore</u>			<u>12</u>

Qualora il presidio non sia espressamente contemplato nel NT e sia riconducibile, ai sensi del comma 5 dell'art. 1 del DM 332/99 per omogeneità funzionale, apporre la dicitura "riconducibile per omogeneità funzionale"

In caso di fornitura successiva alla prima indicare:

- a. se trattasi di fornitura che ha superato i tempi minimi di rinnovo ed è guasto rotto usurato
data dell'ultima fornitura _____ dichiaro che non è convenientemente riparabile

b. se trattasi di fornitura che ha **non superato** i tempi minimi di rinnovo
(condizioni di cui al co. 3 dell'art. 5 del D.M. 332/99).

trattasi di presidio: guasto rotto usurato sostituzione componenti usurate
 Altro _____ dichiarato che non è convenientemente riparabile

(condizioni di cui al co. 2 dell'art. 5 del D.M. 332/99).

modifica dello stato psico-fisico (allegare relazione dettagliata)
 particolari necessità terapeutiche (allegare relazione dettagliata)

c. se trattasi di **minore di anni 18**

rinnovo dovuto ad esigenze correlate all'età evolutiva
 rinnovo non dovuto ad esigenze correlate all'età evolutiva ma ai casi di cui sopra (indicare)

Situazione dell'avente diritto

Lettera a dell'art. 2 del D.M. 332/99

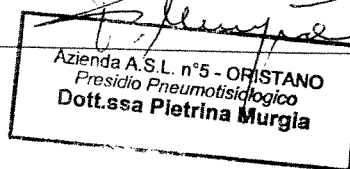
- invalido già riconosciuto** (invalido civile, di guerra, di servizio, privo di vista, sordomuto)
- invalido già riconosciuto** per il quale viene richiesta assistenza protesica **non correlata** alla invalidità riconosciuta
- trattasi di invalido con invalidità > al 33% e fino al 100% senza indennità di accompagnamento riconosciuta: la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992
- trattasi di invalido al 100% con indennità di accompagnamento **riconosciuta**: la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992
- minore di anni 18**, per prevenzione, cura e riabilitazione di una menomazione e/o disabilità permanente

Lettera b dell'art. 2 del D.M. 332/99

- istante in attesa di accertamento** di invalidità
- trattasi di assistito per il quale sussistono le condizioni di cui alla legge 18/80 in quanto si trova nella "impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore ovvero non è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza un'assistenza continua": la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992

21-06-2011

Lo Specialista



Note:

La presente prescrizione deve essere accompagnata dalla prescrizione dei presidi su ricettario SSN

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SARDEGNA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N°5
ORISTANO

Prot. N° 3256777

UFFICIO PROTESI - DISTRETTO

Oristano, li 14.07.2011

OGGETTO: assistiti aventi diritto per acquisto presidi
sanitari D.M. 27 agosto 1999, n. 332.

Al Servizio Acquisizione Beni

SEDE

In riferimento alla richiesta del Sig. [redacted], prot. n° 48402 del 14.07.2011, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da [redacted] allegato alla presente si trasmette la richiesta di acquisto per i presidi sanitari di cui all'oggetto, a integrazione della precedente richiesta così come specificato in oggetto, dell'assistito [redacted]

- Ventilatore CPAP con SMART-CARD e Umidificatore, codice ISO 03.03.15;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO
- Dr. Antonio Delabona -

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO

- Fausto Sparu -

Fausto Sparu

Servizio Sanitario - Regione Sardegna
 Azienda U.S.L. N. 5 di Oristano

Allegato 1

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
 Modello di Prescrizione Specialistica

ASSISTITO

NOME [REDACTED] COGNOME [REDACTED] ETÀ: [REDACTED]
 Nato a [REDACTED] il [REDACTED] C.F. [REDACTED]
 Residente in [REDACTED] Via [REDACTED] N. [REDACTED]

VALUTAZIONE DELLA DISABILITÀ E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica [REDACTED]
 Valutazione dei deficit con CPAP, tuttavia, visto l'aggravamento delle
 Valutazione funzionale e abilità residue metaboliche e l'insorgenza di secchezza
oculo-nasale. Si richiede la sostituzione della CPAP in uso con
un nuovo Ventilatore tecnologicamente più avanzato, munito di un
 Valutazione delle attività, azioni da supportare e/o compensare colore e di SMART CARD per
un controllo regolare e costante degli indici di Ventilazione

Obiettivi riabilitativi in relazione alla valutazione delle abilità motorie, intellettive e ambientali compatibili con il presidio proposto

Tempi di impiego previsti

Da usare tutte le volte con presenza di 3 ore H₂O

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
<u>Ventilatore CPAP con SMART-CARD</u>	<u>601-M-01</u>	<u>03-03-151</u>	<u>1</u>
<u>+ Ventilatore integrato</u>			<u>1</u>

Qualora il presidio non sia espressamente contemplato nei NT e sia riconducibile, ai sensi del comma 5 dell'art. 1 del DM 332/99 per omogeneità funzionale, apporre la dicitura "riconducibile per omogeneità funzionale"

In caso di fornitura successiva alla prima indicare:

- a. se trattasi di fornitura che ha superato i tempi minimi di rinnovo ed è guasto rotto usurato
 data dell'ultima fornitura _____ dichiaro che non è convenientemente riparabile

b. se trattasi di fornitura che ha non superato i tempi minimi di rinnovo (condizioni di cui al co. 3 dell'art. 5 del D.M. 332/99).

trattasi di presidio: guasto rotto usurato sostituzione componenti usurate
 Altro _____ dichiarato che non è convenientemente riparabile

(condizioni di cui al co. 2 dell'art. 5 del D.M. 332/99).

modifica dello stato psico-fisico (allegare relazione dettagliata)
 particolari necessità terapeutiche (allegare relazione dettagliata)

c. se trattasi di minore di anni 18

rinnovo dovuto ad esigenze correlate all'età evolutiva
 rinnovo non dovuto ad esigenze correlate all'età evolutiva ma ai casi di cui sopra (indicare)

Situazione dell'avente diritto

Lettera a dell'art. 2 del D.M. 332/99

- invalido già riconosciuto (invalido civile, di guerra, di servizio, privo di vista, sordomuto)
 invalido già riconosciuto per il quale viene richiesta assistenza protesica non correlata alla invalidità riconosciuta
 trattasi di invalido con invalidità > al 33% e fino al 100% senza indennità di accompagnamento riconosciuta: la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992
 trattasi di invalido al 100% con indennità di accompagnamento riconosciuta: la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992
 minore di anni 18, per prevenzione, cura e riabilitazione di una menomazione e/o disabilità permanente

Lettera b dell'art. 2 del D.M. 332/99

- istante in attesa di accertamento di invalidità
 trattasi di assistito per il quale sussistono le condizioni di cui alla legge 18/80 in quanto si trova nella "impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore ovvero non è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza un'assistenza continua": la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992

Lo Specialista

11-07-2011

Azienda A.S.L. n°5 - ORISTANO
Presidio Pneumatologia
Dott.ssa Pietrina Murgia

Note:

La presente prescrizione deve essere accompagnata dalla prescrizione dei presidi su ricettario SSN

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SARDEGNA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N°5
ORISTANO

Fow
5/2/11

Prot. N° 3238366

UFFICIO PROTESI - DISTRETTO

Oristano, li 04.07.2011

OGGETTO: assistiti aventi diritto per acquisto presidi
sanitari D.M. 27 agosto 1999, n. 332.

Al Servizio Acquisizione Beni

SEDE

In riferimento alla richiesta del Sig. [redacted] prot. n° 45601 del 04.07.2011, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da [redacted].

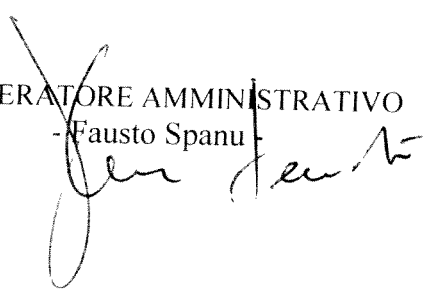
Allegato alla presente si trasmette la richiesta per l'acquisto dei presidi sanitari di cui all'oggetto, dell'assistito [redacted].

- N° 1 ventilatore CPAP con Smart Card e Umidificatore, codice ISO 03.03.15;
- N° 2 maschere nasali Mirage Resmed;
- N° 2 calottine di supporto maschera;
- N° 2 tubo raccordo per ventilatore;
- N° 12 filtri di ricambio per ventilatore;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO
- Dr. Antonio De Labona -

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO
- Fausto Spanu -



Servizio Sanitario - Regione Sardegna
Azienda U.S.L. N. 5 di Oristano

Allegato 1

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
Modello di Prescrizione Specialistica

ASSISTITO

NOME _____ COGNOME _____ ETÀ: _____
Nato a _____ il _____ C.F. _____
Residente in _____ Via _____ N. _____

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica _____
Valutazione dei deficit > 33%
Valutazione funzionale e abilità residue _____

Valutazione delle attività, azioni da supportare e/o compensare

Richieste di un abito Ventilestru CPAP (Prescrizione prescrizione effettuata Ospedale INRCA Cagliari nel 2004)

Obiettivi riabilitativi in relazione alla valutazione delle abilità motorie, intellettive e ambientali compatibili con il presidio proposto

Da Ventilestru con premessa N° 7 con H2O

Tempi di impiego previsti _____

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
<i>Ventilestru CPAP con START CARD + Ventilestru</i>	<i>601-U-01</i>	<i>03-03-15</i>	<i>1</i>
<i>Maschera nasale Mirage Resumit</i>			<i>2</i>
<i>+ cannule nasale</i>			<i>2</i>
<i>Tubi nasale per Ventilestru</i>			<i>2</i>
<i>Folte per Ventilestru</i>			<i>12</i>

Qualora il presidio non sia espressamente contemplato nel NT e sia riconducibile, ai sensi del comma 5 dell'art. 1 del DM 332/99 per omogeneità funzionale, apporre la dicitura "riconducibile per omogeneità funzionale"

In caso di fornitura successiva alla prima indicare:

- a. se trattasi di fornitura che ha superato i tempi minimi di rinnovo ed è guasto rotto usurato
data dell'ultima fornitura _____ dichiaro che non è convenientemente riparabile

b. se trattasi di fornitura che ha **non superato** i tempi minimi di rinnovo
(condizioni di cui al co. 3 dell'art. 5 del D.M. 332/99).

trattasi di presidio: guasto rotto usurato sostituzione componenti usurate
 Altro _____ dichiarato che non è convenientemente riparabile

(condizioni di cui al co. 2 dell'art. 5 del D.M. 332/99).

modifica dello stato psico-fisico (allegare relazione dettagliata)

particolari necessità terapeutiche (allegare relazione dettagliata)

c. se trattasi di **minore di anni 18**

rinnovo dovuto ad esigenze correlate all'età evolutiva

rinnovo non dovuto ad esigenze correlate all'età evolutiva ma ai casi di cui sopra (indicare)

Situazione dell'avente diritto

Lettera a dell'art. 2 del D.M. 332/99

invalido già riconosciuto (invalido civile, di guerra, di servizio, privo di vista, sordomuto)

invalido già riconosciuto per il quale viene richiesta assistenza protesica **non correlata** alla invalidità riconosciuta

trattasi di invalido con invalidità > al 33% e fino al 100% senza indennità di accompagnamento
riconosciuta: la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore
al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992

trattasi di invalido al 100% con indennità di accompagnamento **riconosciuta**: la minorazione riportata
nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative
del D.M. 05.02.1992

minore di anni 18, per prevenzione, cura e riabilitazione di una menomazione e/o disabilità permanente

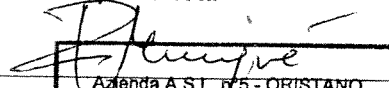
Lettera b dell'art. 2 del D.M. 332/99

istante in attesa di accertamento di invalidità

trattasi di assistito per il quale sussistono le condizioni di cui alla legge 18/80 in quanto si trova nella
"impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore ovvero non è in grado
di compiere gli atti quotidiani della vita senza un'assistenza continua": la minorazione riportata nella
presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del
D.M. 05.02.1992

04-07-2011

Lo Specialista


Azienda A.S.L. n° 5 - ORISTANO
Presidio Pneumotisiologico
Dott.ssa Pietrina Murgia

Note:

La presente prescrizione deve essere accompagnata dalla prescrizione dei presidi su ricettario SSN

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SARDEGNA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N°5
ORISTANO

For
14/7/11
Prot. N° 3253332

UFFICIO PROTESI - DISTRETTO

Oristano, li 12.07.2011

OGGETTO: assistiti aventi diritto per acquisto presidi
sanitari D.M. 27 agosto 1999, n. 332.

Al Servizio Acquisizione Beni

SEDE

In riferimento alla richiesta del Sig. [REDACTED], prot. n° 47906 del 12.07.2011, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da [REDACTED]

Allegato alla presente si trasmette la richiesta per l'acquisto dei presidi sanitari di cui all'oggetto, dell'assistito [REDACTED]

- N° 1 ventilatore CPAP con Smart Card e Umidificatore, codice ISO 03.03.15;
- N° 2 maschere in silicone profile-lite M-S Respirationics con WisperSwivel;
- N° 2 calottine di supporto maschera;
- N° 2 tubo raccordo per ventilatore;
- N° 12 filtri di ricambio per ventilatore;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO
- Dr. Antonio Delabona -

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO

- Fausto Sparu -

Fausto Sparu

Servizio Sanitario - Regione Sardegna
Azienda U.S.L. N. 5 di Oristano

Allegato 1

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
Modello di Prescrizione Specialistica

ASSISTITO

NOME _____ COGNOME _____ ETÀ: _____
Nato a _____ il _____ C.F. _____
Residente in _____ Via _____ N. 17

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica _____
Valutazione dei deficit > 33%
Valutazione funzionale e abilità residue Normale Vite di relazione -
E in grado di comprendere modalità e finalità dell'uso del
Ventilatore
Valutazione delle attività, azioni da supportare e/o compensare _____

Obiettivi riabilitativi in relazione alla valutazione delle abilità motorie, intellettive e ambientali compatibili con il presidio proposto

L'uso del Ventilatore è finalizzato ad evitare il consumo di
Respir. durante il sonno e sue conseguenti carenze cardio-vascolari e met

Tempi di impiego previsti 24h
Da usare tutte le notti con presenza di H₂O

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
- Ventilatore CPAP con SMART CARD + Umidificatore	601-11-01	03-03-01	1
- Maschera nasale profile-lite			1
- MS Respiratics con Whisper SKVel			2
- Collettore di supporto			2
- Tubi raccordi Ventilatore/2			2
- Filtro di ricambio Ventilatore			12

Qualora il presidio non sia espressamente contemplato nel NT e sia riconducibile, ai sensi del comma 5 dell'art. 1 del DM 332/99 per omogeneità funzionale, apporre la dicitura "riconducibile per omogeneità funzionale"

In caso di fornitura successiva alla prima indicare:

- a. se trattasi di fornitura che ha superato i tempi minimi di rinnovo ed è guasto rotto usurato
data dell'ultima fornitura _____ dichiaro che non è convenientemente riparabile

b. se trattasi di fornitura che ha **non superato** i tempi minimi di rinnovo
(condizioni di cui al co. 3 dell'art. 5 del D.M. 332/99).

trattasi di presidio: guasto rotto usurato sostituzione componenti usurate
 Altro _____ dichiarato che non è convenientemente riparabile

(condizioni di cui al co. 2 dell'art. 5 del D.M. 332/99).

modifica dello stato psico-fisico (allegare relazione dettagliata)
 particolari necessità terapeutiche (allegare relazione dettagliata)

c. se trattasi di **minore di anni 18**

rinnovo dovuto ad esigenze correlate all'età evolutiva
 rinnovo non dovuto ad esigenze correlate all'età evolutiva ma ai casi di cui sopra (indicare)

Situazione dell'avente diritto

Lettera a dell'art. 2 del D.M. 332/99

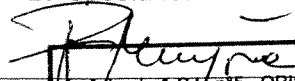
- invalido già riconosciuto** (invalido civile, di guerra, di servizio, privo di vista, sordomuto)
- invalido già riconosciuto** per il quale viene richiesta assistenza protesica **non correlata** alla invalidità riconosciuta
- trattasi di invalido con invalidità > al 33% e fino al 100% senza indennità di accompagnamento
riconosciuta: la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992
- trattasi di invalido al 100% con indennità di accompagnamento **riconosciuta**: la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992
- minore di anni 18**, per prevenzione, cura e riabilitazione di una menomazione e/o disabilità permanente

Lettera b dell'art. 2 del D.M. 332/99

- istante in attesa di accertamento** di invalidità
- trattasi di assistito per il quale sussistono le condizioni di cui alla legge 18/80 in quanto si trova nella "impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore ovvero non è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza un'assistenza continua": la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992

07-07-2011

Lo Specialista


Azienda A.S.L. n°5 - ORISTANO
Presidio Pneumotisiologico
Dott.ssa Pietrina Murgia

Note:

La presente prescrizione deve essere accompagnata dalla prescrizione dei presidi su ricettario SSN



Domolife S.r.l. Codice Fiscale P. IVA 00438170680
Via Aterno, 56 - 65128 Pescara(PE)
NUMERO VERDE 800 - 019676 fax 085 52 696
WWW.DOMOLIFE.IT - INFO@DOMOLIFE.IT



SERVIZI E CURE DOMICILIARI

+ Fee 3/3/11

OFFERTA ECONOMICA

RIFERIMENTO OFFERTA:

CLIENTE:

Pescara, 07/03/2011

Allegato n° 2 alla determinazione del 12/03/2011

Numero: 131-vtd Serv. Provveditorato N° 335 del 12/03/2011 Spelle Az. USL ORISTANO
Del: 07 marzo 2011 posto di n° 4 fogli Via Carducci, 35 09170 - Oristano
Utente: Sig. Di Gregorio Direttore Servizio Provveditorato
Telefono: uff. 085 43 11 988 fax 0783 73 315
Vs. Rif. Prot. N. 17583/ E. F. 07.03.2011

Tutti i materiali forniti dalla DOMOLIFE S.r.l sono conformi alla **Direttiva 93 / 42 CE-MDD (Medical Devices Directive)** recepita in Italia con **D. Lgs 46 / 97**.

Domolife è lieta di sottoporre alla vostra attenzione la propria offerta economica per il materiale di seguito descritto occorrente a vostri assistiti.

OGGETTO: offerta fornitura ventilatori

CODICE PRODOTTO	DESCRIZIONE ARTICOLO	UNITA' DI MISURA	QUANTITA OFFERTA	PREZZO UNITARIO	SCONTO % APPLICATO	IMPONIBILE IVA ESCLUSA	I.V.A
1V00038	Ventilatore C-PAP Covidien SANDMAN INFO HC (con card scarico dati)	NR.	01	€ 300,00		€ 300,00	4%
1MA00083	Maschera nasale ULTRA MIRAGE II Res Med tg. M (con cuffia reggi maschera)	NR.	02	€ 66,00		€ 132,00	4%
1M00020	Circuito paziente mono tubo WILAMED cm 180	NR.	02	€ 3,00		€ 6,00	4%
1M00069	Filtro macchina DAR Barrierbac "S"	NR.	12	€ 0,90		€ 10,80	4%
	BORSA PER TRASPORTO	NR.	01				
	CAVO ALIMENTAZIONE RETE	NR.	01				
	MANUALE IN ITALIANO	NR.	01				

LOTTO N. 1 - Prezzo totale a Voi riservato € 448,80 (EURO quattrocentoquarantotto/80)

LOTTO N. 1 - Prezzo totale a Voi riservato € 466,75 (EURO quattrocentosessantasei/75) iva inclusa

CODICE PRODOTTO	DESCRIZIONE ARTICOLO	UNITA' DI MISURA	QUANTITA OFFERTA	PREZZO UNITARIO	SCONTO % APPLICATO	IMPONIBILE IVA ESCLUSA	I.V.A
1V00038	Ventilatore C-PAP Covidien SANDMAN INTRO HC (con card scarico dati)	NR.	01	€ 245,00		€ 245,00	4%
1MA00083	Maschera nasale Sleep Net IQ (con cuffia reggi maschera e Whisper Swivel)	NR.	03	€ 52,00		€ 156,00	4%
1M00020	Circuito paziente mono tubo WILAMED cm 180	NR.	03	€ 3,00		€ 9,00	4%
1M00069	Filtro macchina DAR Barrierbac "S"	NR.	24	€ 0,90		€ 21,60	4%
	BORSA PER TRASPORTO	NR.	01				
	CAVO ALIMENTAZIONE RETE	NR.	01				
	MANUALE IN ITALIANO	NR.	01				

LOTTO N. 2 - Prezzo totale a Voi riservato € 431,80 (EURO quattrocentotrentuno/60)

LOTTO N. 2 - Prezzo totale a Voi riservato € 448,86 (EURO quattrocentoquarantotto/86)

 <p>SERVIZI E CURE DOMICILIARI</p>	<p>Domolife S.r.l. Codice Fiscale P. IVA 00438170680 Via Aterno, 56 - 65128 Pescara (PE) NUMERO VERDE 800 - 019676 fax 085 52 696 <u>WWW.DOMOLIFE.IT - INFO@DOMOLIFE.IT</u></p>	
--	--	--

PER I PUNTI NON MENSIONATI NELLA SEGUENTE OFFERTA, SI ACCETTANO TUTTE LE CONDIZIONI RIPORTATE NELLA VOSTRA RICHIESTA DI OFFERTA ECONOMICA RIF. N. 17583 DEL 07.03.2011.

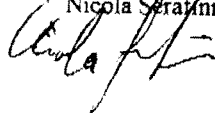
CONDIZIONI DI FORNITURA:

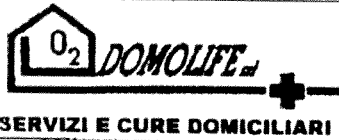
Trasporto/Consegna: Ns. carico
Garanzia: 24 mesi per i dispositivi medici
I.V.A.: a Vs. totale carico norma di legge 4%
Validità offerta: 31 dicembre 2011
Consegna: 5 giorni lavorativi
Pagamento: solito in uso
Note: in caso di Vs. ordine citare il numero di riferimento offerta

Sicuri di aver fatto cosa gradita, cogliamo l'occasione per porgerle cordiali saluti

DOMOLIFE s.r.l.

L'Amministratore
Nicola Serafini





Domolife S.r.l. Codice Fiscale P. IVA 00438170680
 Via Aterno, 56 - 65128 Pescara(PE)
NUMERO VERDE 800 - 019676 fax 085 52 696
 WWW.DOMOLIFE.IT - INFO@DOMOLIFE.IT



Fee

OFFERTA ECONOMICA

25/03

RIFERIMENTO OFFERTA:

CLIENTE:

Pescara, 25/03/2011

Numero: 181-vtd
Del: 25 marzo 2011
Utente: Sig. Di Gregorio
Telefono: uff. 085 43 11 988

Spett.le Az. USL ORISTANO
 Via Carducci, 35 09170 - Oristano
 Direttore Servizio Provveditorato
 fax 0783 73 315
 Vs. Rif. Prot. N. 21099/ E. F. 22.03.2011

Tutti i materiali forniti dalla DOMOLIFE S.r.l sono conformi alla Direttiva 93 / 42 CE-MDD (Medical Devices Directive) recepita in Italia con D. Lgs 46 / 97.

Domolife è lieta di sottoporre alla vostra attenzione la propria offerta economica per il materiale di seguito descritto occorrente a vostri assistiti.

OGGETTO: offerta fornitura ventilatori e materiale di consumo.

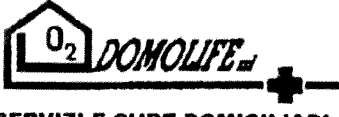

CODICE PRODOTTO	DESCRIZIONE ARTICOLO	UNITA' DI MISURA	QUANTITA OFFERTA	PREZZO UNITARIO	SCONTO % APPLICATO	IMPONIBILE IVA ESCLUSA	I.V.A
1V00038	Ventilatore C-PAP Covidien SANDMAN INTRO HC (con card scarico dati)	NR.	03	€ 245,00		€ 735,00	4%
1U00006	Umidificatore GKH2O	NR.	03	€ 90,00		€ 270,00	4%
1MA00083	Maschera FULL FACE ULTRA MIRAGE II Res Med (con cuffia reggi maschera)	NR.	02	€ 140,00		€ 280,00	4%
1MA00103	Maschera oro nasale tipo FULL FACE con valvola espiratoria tg. S (con cuffia reggi maschera)	NR.	02	€ 130,00		€ 260,00	4%
1MA00024	Maschera nasale PROFILE LITE Respronics s/foro (con cuffia reggi maschera)	NR.	02	€ 90,00		€ 180,00	4%
1M00040	Whisper Exalation Port Respronics	NR.	02	€ 24,50		€ 49,00	4%
1MA00030	Maschera nasale PROFILE LITE Respronics con valvola CO2 incorporata tg. m (con cuffia reggi maschera)	NR.	03	€ 90,00		€ 270,00	4%
1M00020	Circuito paziente mono tubo WILAMED cm 180	NR.	07	€ 3,00		€ 21,00	4%
1M00069	Filtro macchina DAR Barrierbac "S"	NR.	30	€ 0,90		€ 27,00	4%
1M00004	Filtro antipolvere/antipolline	NR.	12	€ 1,00		€ 12,00	4%
	CAVO ALIMENTAZIONE RETE	NR.	03				
	BORSA PER TRASPORTO	NR.	03				
	MANUALE IN ITALIANO	NR.	03				

- Prezzo totale a Voi riservato € 2.104,00 (EURO duemilacentoquattro/00)

- Prezzo totale a Voi riservato iva compresa 4% € 2.188,16 (EURO duemilacentoottantotto/16)

Regione Sardegna
 ASL 15 - ORISTANO
 Dipartimento Amministrativo
 Servizio Provveditorato

25/03/2011

 <p>SERVIZI E CURE DOMICILIARI</p>	<p>Domolife S.r.l. Codice Fiscale P. IVA 00438170680 Via Aterno, 56 - 65128 Pescara(PE) NUMERO VERDE 800 - 019676 fax 085 52 696 <i>WWW.DOMOLIFE.IT - INFO@DOMOLIFE.IT</i></p>	
--	---	---

CONDIZIONI DI FORNITURA:

Trasporto/Consegna:	Ns. carico
Garanzia:	24 mesi per i dispositivi medici
I.V.A.:	a Vs. totale carico norma di legge 4%
Validità offerta:	31 dicembre 2011
Consegna:	5 giorni lavorativi
Pagamento:	solito in uso
Note:	in caso di Vs. ordine citare il numero di riferimento offerta

Sicuri di aver fatto cosa gradita, cogliamo l'occasione per porgere cordiali saluti

DOMOLIFE s.r.l.
L'Amministratore
Nicola Serafini



PROSPETTO DI AFFIDAMENTO VENTILATORI CPAP COMPLETI DI CONSUMABILI PER IL PRIMO UTILIZZO

Ditta DOMOLIFE

PUNTO	DESCRIZIONE	COD. DITTA	QUANTITA'	PREZZO UNIT.	TOTALE	PAZIENTE
1	VENTILATORE CPAP SANDMAN MODELLO INFO HC CON SMART CARD	1V00038	1	€ 300,00	300,00	P.P.
2	UMIDIFICATORE	GKH20	1	€ 90,00	90,00	
3	MASCHERA NASALE MIRAGE RESMED CON CUFFIA REGGIMASCHERA	1MA00083	2	€ 66,00	132,00	
4	CIRCUITO PAZIENTE MONO TUBO WULAMED CM. 180	1M00020	2	€ 3,00	6,00	
5	FILTRO MACCHINA DAR BARRIERBAC S	1M00069	12	€ 0,90	10,80	
				TOT.	538,80	
				IVA 4%	21,55	
				TOTALE	560,35	

PUNTO	DESCRIZIONE	COD. DITTA	QUANTITA'	PREZZO UNIT.	TOTALE	PAZIENTE
1	VENTILATORE CPAP SANDMAN MODELLO INFO HC CON SMART CARD	1V00038	1	€ 300,00	300,00	E.A.
2	UMIDIFICATORE	GKH20	1	€ 90,00	90,00	
3	MASCHERA NASALE PROFILE LITE MISURA M. CON WISPER SWIVEL E CUFFIA REGGIMASCHERA	1MA00030	2	€ 90,00	180,00	
4	CIRCUITO PAZIENTE MONO TUBO WULAMED CM. 180	1M00020	2	€ 3,00	6,00	
5	FILTRO MACCHINA DAR BARRIERBAC S	1M00069	12	€ 0,90	10,80	
				TOT.	586,80	
				IVA 4%	23,47	
				TOTALE	610,27	

Allegato n° 3 alla determinazione
 Serv. Provveditorato N° 335 del 18.04
 Composto di n° 2 fogli

PUNTO	DESCRIZIONE	COD. DITTA	QUANTITA'	PREZZO UNIT.	TOTALE	PAZIENTE
1	VENTILATORE CPAP SANDMAN MODELLO INFO HC CON SMART CARD	1V00038	1	€ 300,00	300,00	M.A.
2	UMIDIFICATORE	GKH20	1	€ 90,00	90,00	
				TOT.	390,00	
				IVA 4%	15,60	
				TOTALE	405,60	

PUNTO	DESCRIZIONE	COD. DITTA	QUANTITA'	PREZZO UNIT.	TOTALE	PAZIENTE
1	VENTILATORE CPAP SANDMAN MODELLO INFO HC CON SMART CARD	1V00038	1	€ 300,00	300,00	M.F.
2	UMIDIFICATORE	GKH20	1	€ 90,00	90,00	
3	MASCHERA NASALE PROFILE LITE MISURA M. CON WISPER SWIVEL E CUFFIA REGGIMASCHERA	1MA00030	2	€ 90,00	180,00	
4	CIRCUITO PAZIENTE MONO TUBO WULAMED CM. 180	1M00020	2	€ 3,00	6,00	
5	FILTRO MACCHINA DAR BARRIERBAC S	1M00069	12	€ 0,90	10,80	
				TOT.	586,80	
				IVA 4%	23,47	
				TOTALE	610,27	

Importo complessivo al netto di I.V.A.	€ 2.102,40
Importo complessivo I.V.A. compresa	€ 2.186,50