

*S. Gerardo
09/03/2012*



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

Farmacia Territoriale Ales
Tel 0783/0111214-228 - fax 0783/9111403


Prot. 94/E

Ales li, 08 MAR. 2012

Oggetto: Richiesta inserimento contratto

Allegato n° 1 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° _____ del _____
Composto di n° 1 foglio

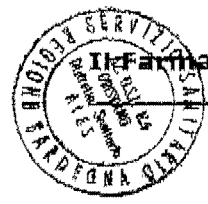
Al Responsabile
Servizio provveditorato
Oristano

A seguito di una richiesta pervenutaci per un paziente ricadente nel nostro distretto,
Si chiede, l'inserimento in contratto del farmaco **LEVITRA** 20 mg in cpr della Bayer 
con cod. di anagrafica (3775) di conseguenza si chiede l'acquisto di n° 12 confezioni,
quantità necessaria per il fabbisogno annuale.
Certi di un sollecito riscontro si porgono
Distinti Saluti

Servizio Sanitario Regione Sardegna
ASL n° 9 - ORISTANO
Dipartimento Amministrativo
Servizio Provveditorato

08 MAR 2012

Arrivato il _____
Prot. N. _____ del _____



Farmacista Dirigente
Alessandro

() si chiede di specificare se il farmaco richiesto "è unico" - grazie P. Gerardo*

ASL 9 Oristano
Farmacista Dirigente
Dr. Antonio Ianni

Via Carducci 33
09170 Oristano
Tel 0783/9171 Fax
www.asloristano.it
E-mail: saf.ales@asloristano.it

ASL Oristano
Pag. 1 di 1

12/03/2012

FARMACO UNICO
12-03-12

Bayer

Allegato n° 2 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° _____ del _____
Composto di n° 12 fogli



Bayer Spa
società unipersonale

Sede legale: Viale Certosa, 130
20156 Milano (Italy)
Capitale Sociale € 103.290.000.= i.v.
Iscritta al Registro delle Imprese
di Milano con n. 05849130157
REA della C.C.I.A.A. di Milano n. 1042205
Codice Fiscale e Partita IVA: 05849130157

Direzione e coordinamento
Bayer AG, Leverkusen (Germania)

Spett.le
A.S.L. ORISTANO
Servizio Provveditorato
VIA CARDUCCI, N. 35
09170 ORISTANO

Fax: 0783/733.15

Nostro riferimento Ufficio Gare:
Tel: 02/3978.3955/ab – Fax: 02/3978.3051
e-mail: ufficio.gare.ph@bayer-ag.de

Milano, 30/11/2011

Oggetto: invio "Listino Prezzi Ospedaliero" per la fornitura di Specialità Medicinali
Vostro riferimento: Prot. n. 76659 del 24/11/2011

Con la presente Vi trasmettiamo in allegato il "Listino Prezzi Ospedaliero" aggiornato delle nostre Specialità Medicinali, con gli sconti a Voi riservati.

Vi ricordiamo che i prezzi indicati nel nostro Listino **NON si intendono fissi e invariabili, ma sono suscettibili di variazioni del prezzo di vendita al pubblico.**

Vi segnaliamo che i **prodotti esclusivi** sono evidenziati dalla **(e)** scritta a fianco del Nome Commerciale o della formulazione.

In riferimento alla Vostra richiesta in oggetto, ai sensi della L. 136/2010 art. 3 comma 5, Vi chiediamo di indicarci il codice CIG assegnato alla procedura.

Condizioni di vendita:

- I.V.A. a Vostro carico, porto franco, imballo gratis;
- Consegna prevista: max. 3/5 giorni dal ricevimento dell'ordine.

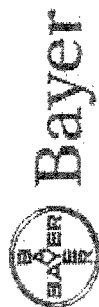
I Vostri graditi ordini dovranno essere inviati al seguente indirizzo:

- ✓ **BAYER S.p.A.** - Viale Certosa n. 210, 20156 Milano (Ufficio Ordini) - Telefono: 02/3978.1 - Fax: 02/3978.4402 - E-mail: ordini.ospedali@bayer-ag.de

Cordiali saluti.

BAYER S.p.A.


Dr. Fabio Aresi
Procuratore – Responsabile Gestione Gare



Bayer HealthCare

LISTINO PREZZI OSPEDALIERO

pag 1

IN VIGORE DAL 17 SETTEMBRE 2011

I prezzi si intendono fissi ed invariabili salvo variazioni del prezzo di vendita al pubblico

PRODOTTI ETICI


(e) indica prodotti, formulazioni o dosaggi esclusivi

NOME COMMERCIALE (Principio attivo)	Forma farmaceutica dosaggio unità posologica	Unità per conf	Prezzo conf	Prezzo unitario	Prezzo unitario	Prezzo unitario	% di sconto	Prezzo conf ospedaliero	IVA %	Fascia SSN	Registrazione Ministeriale
			IVA inclusa	IVA inclusa	al netto dell'IVA	ospedaliero					
ADALAT (Nifedipina)	Capsule 10 mg	50	11,20	0,22400	0,20364	0,10180	50,01	5,09	10	C	23316021
ADALAT AR (Nifedipina)	Compresse 20 mg	50	11,96	0,23920	0,21745	0,10860	50,06	5,43	10	A	23316033
ADALAT CRONO (Nifedipina GITS)	Compresse 20 mg	14	4,84	0,34571	0,31429	0,15714	50,00	2,20	10	A	27980034
	Compresse 30 mg	14	6,77	0,48357	0,43961	0,21929	50,12	3,07	10	A	27980010
	Compresse 60 mg	14	9,12	0,65143	0,59221	0,29571	50,07	4,14	10	A	27980022
ANDROCUR (e) (Ciproterone acetato)	Compresse 50 mg	25	23,97	0,95880	0,87184	0,43560	50,03	10,89	10	A	23090020
ANDROCUR 100 (e) (Ciproterone acetato)	Compresse 100 mg	30	50,81	1,69367	1,53970	0,76957	50,01	23,09	10	A	23090044
ANDROCUR DEPOT (e) (Ciproterone acetato)	Fiale 300 mg 3 ml i.m.	1	16,78	16,78000	15,25455	7,62000	50,05	7,62	10	A	23090032
ATITEN (e) (Diltiazem cloridrato)	Flacone gocce 15 ml 0,1%	1	9,14	9,14000	8,30909	4,15000	50,05	4,15	10	A	5713019
AVALOX (Moxifloxacina)	Compresse 400 mg	5	22,81	4,56200	4,14727	2,73600	34,03	13,68	10	A	34436016/M
	Flacone 400 mg / 250 ml	1	46,80	46,80000	42,54545	28,35655	33,35	28,36	10	H	34436194/M
BAYPRESS (Nitrendipina)	Compresse 20 mg	28	13,90	0,49643	0,45130	0,22536	50,06	6,31	10	A	26232013
CARDIOASPIRIN 100 (e) (Ac. acetilsalicilico)	Compresse gastroprotette 100 mg	30	2,40	0,08000	0,07273	0,04847	33,35	1,45	10	A	24840074
CIPROXIN (Ciprofloxacina)	Compresse 250 mg	10	7,89	0,78900	0,72636	0,36300	50,03	3,63	10	A	26664019
	Compresse 500 mg	6	8,49	1,41500	1,28636	0,64167	50,12	3,85	10	A	26664021
	Compresse 750 mg	12	25,37	2,11417	1,92197	0,96083	50,01	11,53	10	A	26664096
CIPROXIN RM (e) (Ciprofloxacina)	Compresse 500 mg	3	7,54	2,51333	2,28485	1,14000	50,11	3,42	10	A	26664122/M
	Compresse 1000 mg	7	23,67	3,38143	3,07403	1,53571	50,04	10,75	10	A	26664146/M

LISTINO PREZZI OSPEDALIERO		17 SETTEMBRE 2011						pag 2			
NOME COMMERCIALE (Principio attivo)	Forma farmaceutica dosaggio unità posologica	Unità per conf.	Prezzo unitario IVA inclusa	Prezzo unitario al netto dell'IVA	Prezzo unitario ospedaliero	% di sconto	Prezzo conf ospedaliero	IVA %	Fascia SSN	Registrazione M/Iniziale	
CIPROXIN SOSPENSIONE (e) (Ciprofloxacina)	Flacone sospensione 5% / 100 ml	1	19,23	19,23000	17,48162	8,74091	50,00	8,74	10	A	26664084
CIPROXIN I.V. (Ciprofloxacina)	Flacone e.v. 200 mg / 100 ml	1	27,78	27,78000	25,25455	12,62000	50,03	12,62	10	H	26664045
CLOROCINA (Clorochina bifosfato Resochin)	Flacone e.v. 400 mg / 200 ml	1	63,12	63,12000	57,38182	28,69091	50,00	28,69	10	H	26664058
CONTROL (Lorazepam)	Compresse 250 mg	30	3,59	0,11967	0,10879	0,05433	50,06	1,63	10	A	6366016
CORTI-FLUORAL (Oflucortolone valerato 0,12 mg + osamitina 520 mg)	Compresse 1 mg	30	8,70	0,29000	0,26364	0,13167	50,06	3,95	10	C	22959011
DERMATRANS (Nitroglicerina)	Compresse 2,5 mg	20	7,80	0,39000	0,35455	0,17700	50,08	3,54	10	C	22956023
GLUCOBAY (Acarbose)	Flacone	1	9,80	9,80000	8,90909	4,45000	50,05	4,45	10	C	17651035
ILOMEDIN (Iloprost)	Sistema transdermico 5 mg	15	8,11	0,54067	0,49152	0,28800	41,41	4,32	10	A	34861017/M
	Sistema transdermico 10 mg	15	9,14	0,60933	0,55394	0,32467	41,39	4,87	10	A	34861031/M
	Sistema transdermico 15 mg	15	12,63	0,85533	0,77758	0,45500	41,36	6,84	10	A	34861056/M
	Compresse 50 mg	40	8,04	0,20100	0,18273	0,12175	33,37	4,87	10	A	26651028
	Compresse 100 mg	40	8,04	0,20100	0,18273	0,12175	33,37	4,87	10	A	26651016
LEVITRA (e) (Vardenafil cloridrato tridrato)	Fliale 0,05 mg / 0,5 ml	1	170,00	170,00000	154,54545	77,27000	50,00	77,27	10	C	27181027
	Compresse 5 mg	4	13,70	3,42500	3,11364	1,55500	50,06	6,22	10	C	35734021/E
	Compresse 10 mg	2	13,70	6,85000	6,22727	3,11000	50,06	6,22	10	C	35734058/E
	Compresse 10 mg	4	27,40	6,85000	6,22727	3,11250	50,02	12,45	10	C	35734060/E
	Compresse 10 mg	8	54,80	6,85000	6,22727	3,11375	50,00	24,91	10	C	35734072/E
	Compresse 10 mg	12	122,00	10,16667	9,24242	4,62083	50,00	55,45	10	C	35734084/E
	Compresse 20 mg	4	54,80	13,70000	12,45455	6,22750	50,00	24,91	10	C	35734108/E
LEVITRA (e) (Vardenafil cloridrato tridrato)	Compresse orodispersibili 10 mg	4	31,50	7,87500	7,15909	3,57750	50,03	14,31	10	C	35734159/E

LISTINO PREZZI OSPEDALIERO											17 SETTEMBRE 2011			pag 3	
NOME COMMERCIALE	Principio attivo)	Forma farmaceutica	Unità per conf.	Prezzo conf IVA inclusa	Prezzo unitario IVA inclusa	Prezzo unitario al netto dell'IVA	Prezzo unitario ospedaliero	% di sconto	Prezzo conf ospedaliero	IVA %	Fascia SSN	Registrazione Ministeriale			
LEVOFOLENE	(Calcio levofolinato pentaidrato)	Comprese 4 mg Comprese 7,5 mg Fialone 25 mg Fialone 100 mg Fialone 175 mg	30 10 1 1 1	14,90 10,20 7,37 27,40 52,49	0,49667 1,02000 7,37000 27,40000 52,49000	0,45152 0,92727 6,70000 24,90909 47,71818	0,22557 0,46300 3,35000 12,45454 23,85000	50,02 50,07 50,00 50,00 50,02	6,77 4,63 3,35 12,45 23,85	10 10 10 10 10	C C C H H	27352083 27352020 27352057 27352069 27352071			
METBAY	(Metformina)	Comprese 500 mg	30	1,81	0,06033	0,05485	0,02733	50,17	0,82	10	A	16820011			
METINAL IDANTOINA	(Fenitoina+metilfenobarbitale)	Comprese	30	3,70	0,12333	0,11212	0,05600	50,05	1,68	10	C	6432013			
METINAL IDANTOINA L	(Fenitoina+metilfenobarbitale+fenobarbitale)	Comprese	30	3,70	0,12333	0,11212	0,05600	50,05	1,68	10	C	6432037			
MINIAS	(Lometrazepam)	Comprese 1 mg Comprese 2 mg Fialone gocce 20 ml	30 30 1	9,20 9,95 9,80	0,30667 0,33167 9,80000	0,27879 0,30152 8,90909	0,13933 0,15067 4,45000	50,02 50,03 50,05	4,18 4,62 4,45	10 10 10	C C C	23382017 23382031 23382029			
NEBID (e)	(Testosterone undecanoato)	Fiala 1000 mg / 4ml	1	152,00	152,00000	138,18182	69,09000	50,00	69,09	10	C	37051012/M			
NIMOTOP	(Nimodipina)	Fialone gocce 25 ml 4% Comprese 30 mg	1 36	18,00 20,40	18,00000 0,56667	16,36364 0,51515	8,18182 0,25750	50,00 50,01	8,18 9,27	10 10	C C	26403065 26403016			
NIMOTOP PER INFUSIONE	(Nimodipina)	Fialone 50ml 0,02% + deflussore	1	18,60	18,60000	16,90909	8,45000	50,03	8,45	10	H	26403079			
PASADEN	(Etizolam)	Comprese rivestite 0,5 mg Comprese rivestite 1 mg Fialone 30 ml	30 20 1	10,00 11,40 10,00	0,33333 0,57000 10,00000	0,30303 0,51818 9,09091	0,15133 0,25900 4,54000	50,06 50,02 50,06	4,64 5,18 4,54	10 10 10	C C C	26368050 26368062 26368086			
PRENT	(Acebutolofo)	Comprese 200 mg Comprese 400 mg	50 30	6,47 7,50	0,12940 0,25000	0,11764 0,22727	0,05882 0,11333	50,00 50,13	2,94 3,40	10 10	C C	24255022 24255034			
PRITOR	(Telmisartan)	Comprese 20 mg Comprese 40 mg Comprese 80 mg	28 28 28	12,89 20,62 27,28	0,46036 0,73643 0,97429	0,41851 0,66848 0,88571	0,27893 0,44607 0,59036	33,35 33,37 33,35	7,81 12,49 16,53	10 10 10	A A A	34326126/E 34326025/E 34326076/E			
PRITORPLUS	(Telmisartan+Idroclorotiazide)	Comprese 40 / 12,5 mg Comprese 80 / 12,5 mg Comprese 80/ 25 mg	28 28 28	22,27 22,27 22,27	0,79536 0,79536 0,79536	0,72305 0,72305 0,72305	0,48179 0,48179 0,48179	33,37 33,37 33,37	13,49 13,49 13,49	10 10 10	A A A	35705021/E 35705072/E 35705122/E			

LISTINO PREZZI OSPEDALIERO		17 SETTEMBRE 2011						pag 4			
NOME COMMERCIALE (Principio attivo)	Forma farmaceutica dosaggio unità posologica	Unità per conf	Prezzo conf		Prezzo unitario ospedaliero	% di sconto	Prezzo conf ospedaliero	IVA %	Fascia SSN	Registrazione Ministeriale	
			IVA inclusa	IVA esclusa							
PROVIRON (e) (Mesterolone)	Compresse 50 mg	20	16,70	0,83500	0,75909	0,37950	50,01	7,59	10	C	21938055
TESTOGEL (Testosterone)	Bustine gel 50 mg / 5 g	30	69,70	2,32333	2,11212	1,05600	60,00	31,68	10	C	35864180/M
TESTOVIRON (Testosterone)	Fiale i.m. 250 mg	1	9,70	9,70000	8,81818	4,40000	50,10	4,40	10	C	2922060
SYSCOR (e) (Nisoldipina)	Compresse 10 mg	24	10,21	0,42542	0,38674	0,19337	50,00	4,64	10	A	26667028
XARELTO (e) (Rivaroxaban)	Compresse 10 mg	5	24,35	4,87000	4,42727	3,71742	16,03	18,59	10	A	38744052/E
	Compresse 10 mg	10	48,69	4,86900	4,42636	3,71800	16,00	37,18	10	A	38744064/E
	Compresse 10 mg	30	146,09	4,86967	4,42697	3,71865	16,00	111,56	10	A	38744076/E
	Compresse 10 mg	100	1025,20	10,25200	9,32000	4,66000	50,00	466,00	10	C	38744088/E
YOMESAN (e) (Niclosamide)	Compresse 500 mg	4	2,84	0,71000	0,64545	0,32272	50,00	1,29	10	A	18726010

 Bayer		LISTINO PREZZI OSPEDALIERO										pag 5
Bayer HealthCare		IN VIGORE DAL 17 SETTEMBRE 2011										
I prezzi si intendono fissi ed invariabili salvo variazioni del prezzo di vendita al pubblico												
(e) indica prodotti, formulazioni o dosaggi esclusivi												
NOME COMMERCIALE (Principio attivo)	Forma farmaceutica dosaggio/ unità posologica	Unità per conf	Prezzo unitario IVA inclusa	Prezzo unitario IVA inclusa	Prezzo unitario al netto dell'IVA	Prezzo unitario ospedaliero	% di sconto	Prezzo conf ospedaliero	IVA %	Fascia SSN	Registrazione Ministeriale	
KOGENATE BAYER (e) con siringa preliempita (Fattore VIII rDNA Octocog alfa)	Flacone 250 U.I. 2,5 ml	1	263,41	283,41	257,65	171,72	33,35	171,72	10	A	34955043/E	
	Flacone 500 U.I. 2,5 ml	1	566,82	566,82	515,29	343,44	33,35	343,44	10	A	34955056/E	
	Flacone 1000 U.I. 2,5 ml	1	1.133,64	1.133,64	1.030,58	686,89	33,35	686,89	10	A	34955068/E	
	Flacone 2000 U.I. 5 ml	1	2.267,28	2.267,28	2.061,16	1.373,78	33,35	1.373,78	10	A	34955106/E	
	Flacone 3000 U.I. 5 ml	1	3.400,90	3.400,90	3.091,73	2.060,55	33,35	2.060,55	10	A	34955120/E	
(e) indica prodotti, formulazioni o dosaggi esclusivi												
ONCOLOGICI												
NEXAVAR (e) (Sorafenib)	comprese	112	5305,58	47,37125	43,06477	28,70268	33,35	3.214,70	10	H	37154010/E	
ZEVALIN (e) (Ibritumomab tiuxetan)	Kit	1	14894,86	14,894,86	13,540,78	9,025,00	33,35	9,025,00	10	H	36311013/E	
IMMUNOSTIMOLANTI												
BETAFERON (Interferone beta1 -beta)	Siringhe preliempite 0,25 mg	15	1275,04	85,00267	77,27515	61,50333	33,35	772,55	10	A65	32166047/E	



LISTINO PREZZI OSPEDALIERO

pag 6

IN VIGORE DAL 17 SETTEMBRE 2011

Bayer HealthCare

I prezzi si intendono fissi ed invariabili salvo variazioni del prezzo di vendita al pubblico

GINECOLOGICI

NOME COMMERCIALE

(Principio attivo)

(e) indica prodotti, formulazioni o dosaggi esclusivi

Forma farmaceutica dosaggio unità posologica	Unità per conf	Prezzo conf IVA inclusa	Prezzo unitario IVA inclusa	Prezzo unitario al netto dell'IVA	Prezzo unitario ospedaliero	% di sconto	Prezzo conf ospedaliero	IVA %	Fascia SSN	Registrazione (Ministeriale)
ANGELIQ (e) (Estradiolo 1mg+drospirenone 2 mg)	28	17,41	0,62179	0,56526	0,37679	33,34	10,55	10	A	36170013
ARIANNA (Gestoden 80 mcg+etinilestradiolo 15 mcg)	28	13,20	0,47143	0,42867	0,21429	50,00	6,00	10	C	34921015
CLIMARA 50 (Estradiolo 3,9 mg)	4	8,66	2,16500	1,96818	0,98250	50,08	3,93	10	A	30183014
CLIMARA 100 (Estradiolo 7,8 mg)	4	26,20	6,55000	5,95455	2,97750	50,00	11,91	10	C	30183038
CLIMEN (Estradiolo valerato 2 mg+ciproterone acetato 1 mg)	21	15,80	0,76238	0,68398	0,34190	50,01	7,18	10	C	28033013
DIANE (Ciproterone acetato 2mg+etinilestradiolo 0,035 mg)	21	6,73	0,32048	0,29134	0,14524	50,15	3,05	10	A	23777030
EGOGYN (e) (Levonorgestrel 0,15+etinilestradiolo 0,03 mg)	21	7,00	0,33333	0,30303	0,15143	50,03	3,18	10	C	23647011
FEDRA (Gestoden 0,075 mg+etinilestradiolo 0,02 mg)	21	12,80	0,60952	0,55411	0,27667	50,07	5,81	10	C	28551013
GINODEN (Gestoden 0,075 mg+etinilestradiolo 0,03 mg)	21	4,21	0,20048	0,18225	0,09095	50,10	1,91	10	A	26435038
KLAIRA (e) (Estradiolo valerato + Dienogest)	28	16,50	0,58929	0,53571	0,26786	50,00	7,50	10	C	38900015/M
LONEL (Levonorgestrel)	1	12,66	12,66000	11,50909	5,75000	50,04	5,75	10	C	38802017/M
MICROGYNON (e) (Levonorgestrel 0,126 mg+etinilestradiolo 0,05 mg)	21	7,50	0,35714	0,32468	0,16190	50,13	3,40	10	C	23646019
MILVANE (Gestoden 0,05 mg+etinilestradiolo 0,03 mg)	21	4,75	0,22619	0,20563	0,10238	50,21	2,15	10	C	27356011



SERVIZIO
PROVVEDITORATO

Oristano lì, 24.11.2011

Prot. 76659/MS

OGGETTO: **richiesta preventivo di spesa per la fornitura di farmaci a distribuzione in esclusiva**

occorrente all'ASL 5 di Oristano per l'anno 2012.

Spett.le Ditta BAYER
ufficio gare
fax n° 0239783051

Si invita Codesta Spett.le Ditta, autorizzata alla fornitura di farmaci a distribuzione in esclusiva occorrenti ai Presidi Ospedalieri e Territoriali dell'ASL n. 5 di Oristano nell'anno 2011, a dichiarare la propria disponibilità **per l'anno 2012**, alla conferma dei prezzi e/o percentuali di sconto praticate a questa Azienda per la fornitura dei prodotti indicati nell'allegato alla presente che dovrà **OBBLIGATORIAMENTE** essere restituito firmato e compilato in tutte le parti.

Si invita, inoltre, a fornire il Vs listino e percentuali di sconto **solamente dei farmaci a distribuzione in esclusiva** con validità fino al 31.12.2012, per eventuali ordinativi di fornitura, precisando che in caso di variazioni di prezzo nel corso dell'anno a seguito di determinazioni AIFA rimarrà valida la percentuale di sconto indicata.

Il rinnovo contrattuale per l'anno 2012, che l'Azienda si riserva di concludere, non impegna la stessa all'acquisto delle quantità autorizzate per l'anno 2011, potendo le stesse essere variate conseguentemente a mutate esigenze dell'Azienda ASL n. 5.

Le esatte quantità da fornire saranno perciò solo quelle risultanti dagli ordini di fornitura e nessuna protesta potrà muovere Codesta Ditta per eventuali variazioni.

La conferma delle condizioni contrattuali, che Codesta Ditta dovrà proporre per la durata di un anno non vincola l'Amministrazione all'acquisto dei prodotti per l'intero periodo di validità dell'offerta.
L'Azienda si riserva infatti di revocare l'affidamento della fornitura antecedentemente alla scadenza del rinnovo contrattuale a seguito di nuova procedura concorsuale, data in cui verrà interrotto il rapporto contrattuale attualmente in essere con Codesta Ditta.

La conferma dei prezzi e/o delle percentuali di sconto dovrà pervenire presso la Sede legale dell'Azienda ASL n. 5 – Servizio Provveditorato. a mezzo fax al numero **0783/73315** entro

il **05.12.2011** ;

Si invita inoltre Codesta Spett.le Ditta a comunicare tempestivamente eventuali future variazioni di titolarità del prodotto ed ad applicare, previa notifica a questa Amministrazione, eventuali miglioramenti dei prezzi che dovessero essere disposti da successive disposizioni di legge.

Il pagamento della fornitura verrà disposto nei termini di 90 giorni, dalla data di registrazione nel protocollo Aziendale ed in caso di applicazione di interessi per ritardato pagamento si applicherà il tasso legale, previo accertamento della regolare esecuzione della stessa.

Il prezzo dovrà essere comprensivo d'imballo, carico, scarico trasporto presso la Farmacia del Distretto indicato nell'ordine.

Tutti i materiali forniti all'Azienda ASL dovranno essere conformi alle disposizioni di legge vigenti ed alle norme U.E., dovranno essere esenti da difetti ed imperfezioni e la Ditta è ritenuta responsabile dei danni causati alle persone ed ai beni in conseguenza di tali imperfezioni.

Quest'Azienda si riserva la facoltà di procedere alla verifica dei prodotti forniti e di respingere quelli non conformi all'ordine e alle condizioni contrattuali.

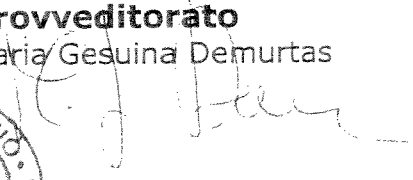
In attesa di cortese e urgente riscontro si porgono distinti saluti

Referente istruttoria
Sig. M. Salis
(tel. 0783317842) michele.salis@asloristano.it



**Il Direttore del Servizio
Provveditorato**

D.ssa Maria Gesuina Demurtas



codice fornitore	fornitore	codice aziendale	prodotto	prezzo	eventuale nuovo prezzo
11943	BAYER SPA	778	BENEXOL B12*20 CPR	0,2340	
11943	BAYER SPA	2264	LEVOFOLENE*7,5 MG 10 CPR	0,4630	
11943	BAYER SPA	371	TESTOVIIRON*250MG/ML IM 1F	4,4000	
11943	BAYER SPA	3937	NEBID*1000MG/4ML 1 F	69,0900	
11943	BAYER SPA	72208	LEVOFOLENE*30CPR 4MG	0,2257	

OK/Foglio

Sal's
30-11-2011

codice fornitore	nome	codice articolo	prodotto	quantità	prezzo unitario	prezzo totale
11943	BAYER SPA	778	BENEXOL B12*20 CPR	0,2340	0,234000	0,234000
11943	BAYER SPA	2264	LEVOFOLENE*7,5 MG 10 CPR	0,4630	0,463000	0,463000
11943	BAYER SPA	371	TESTOVIRON*250MG/ML M 1F	4,4000	4,400000	4,400000
11943	BAYER SPA	3937	NEBID*1000MG/4ML 1 F	69,0900	69,090000	69,090000
11943	BAYER SPA	72208	LEVOFOLENE*30CPR 4MG	0,2257	0,225700	0,225700

BAYER S.p.A.
Dr. Fabio Aresi
Precuratore

30 NOV. 2011

30 NOV 2011

Arrivato il _____ del _____

Prot. N. _____

Servizio Sanitario Regione Sardegna
ASL n° 5 - ORISTANO
Dipartimento Amministrativo
Servizio Provveditorato

F