

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

Fca  
An 21/5/12  
9/1/12  
29.05.12  
[Signature]

Prot. N° 3768622

UFFICIO PROTESI - DISTRETTO

Servizio Sanitario Regione Sardegna  
ASL n° 5 - ORISTANO  
Dipartimento Amministrativo  
Servizio Provveditorato  
17 100 002  
Arrivato il \_\_\_\_\_  
Prot. N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Oristano, li 15.05.2012

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

Allegato n° 4 alla determinazione  
Serv. Provveditorato N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Composto di n° 2 fogli

Al Servizio Acquisizione Beni

SEDE

In riferimento alla richiesta del Sig. [redacted], prot. n° 32563 del 15.05.2012, 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]

- Umidificatore per Ventilatore CPAP INTRO HC SANDMAND;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO  
- Dr. Antonio Delabona -

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO  
- Fausto Spanu -

[Signature]

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 DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica [REDACTED]  
Valutazione dei deficit [REDACTED]  
Valutazione funzionale e abilità residue B - in Ventilazione CPAP

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 \_\_\_\_\_

Tempi di impiego previsti \_\_\_\_\_

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
Umidificatore per Ventilatore CPAP UINTEO HC SANDRAN.			1

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

Allegato n° 2 della determinazione

Serv. Provveditorato N°

Composto di n° 1 fogli

800-019676

fax 085 52 696

www.domolife.it - info@domolife.it

## OFFERTA ECONOMICA

Pescara, 06/06/2012

Riferimento: Prot. n. 549-vtd  
 Del: 06 giugno 2012  
 Referente: Sig. Di Gregorio  
 Telefono: 085 43 11 988

Spett.le Az. USL n. 5 Oristano  
 Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA  
 Servizio Provveditorato - via Carducci, 35  
 Distretto Socio Sanitario Oristano  
 Vs. Prot. N. 37950 del 04.06.2012  
 fax 0783 73 315

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 e s.m.l.

**OGGETTO: preventivo di spesa per fornitura umidificatore SANDMAN.**

CODICE PRODOTTO CND	DESCRIZIONE	UM	QUANTITA'	PREZZO UNITARIO	PREZZO IN CIFRE	IMPONIBILE
1U00006 216729/R	Umidificatore SANDMAN Up-Grade	NR.	01	€ 95,00	Settanta/00	€ 95,00

Prezzo totale offerta a Voi riservato I.V.A. esclusa € 95,00 (euro novantacinque/00)

Prezzo totale offerta a Voi riservato I.V.A. inclusa al 4% € 98,80 (euro novantotto/80)

## CONDIZIONI GENERALI DI FORNITURA:

Imballo e trasporto: Ns. carico  
 Garanzia: 24 mesi  
 I.V.A.: a Vs. totale carico ai sensi di legge 4%  
 Validità offerta: 31 dicembre 2012  
 Consegna: 4 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  
 Nicoletta Serafini

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

12 GIU 2012

Arrivato il \_\_\_\_\_  
 Prot. N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Sede Legale ed Amministrativa:  
 via Aterno, 56 - 65128 Pescara (PE)  
 tel. 085 43 11 988 - fax 085 52 696  
 Partita IVA 00438170680  
 C.C.I.A.A. Pescara n. 84145  
 Iscr. Trib. Pescara n. 12656  
 Capitale Sociale Euro 100.000,00 i.v.

Sede Operativa:  
 via Aterno, 56  
 65128 Pescara (PE)  
 tel. 085 43 11 988 - fax 085 52 696  
 info@domolife.it  
 Cod. NSIS: 006770

Sede Operativa:  
 C.da Piane S. Angelo, 39  
 66050 San Salvo (CH)  
 tel. e fax 0873 34 12 99  
 sansalvo@domolife.it  
 Cod. NSIS: 006771