



Farmacia Territoriale Via Foscolo N 41 Oristano

Prot. 4128145

Oggetto: Richiesta d'acquisto medicazioni
per attività di Screening

Servizio Sanitario Regione Sardegna ASL n° 5 - ORISTANO Dipartimento Amministrativo Servizio Provveditorato
19 NOV 2012
Arrivato il _____
Prot. N. _____ del _____

Al Responsabile Servizio Provveditorato
Sede

Per le attività di Screening si chiede l'acquisto urgente della medicazione emostatica "EMOXICEL" cod. 1149221 Mis. 100mm x 75mm nella quantità di N. 10 confezioni da 10 pezzi necessarie fino alla fine dell'anno 2012.

cordiali saluti

IL Direttore della Farmacia Territoriale
Dr.ssa Alessandra Battiato

Oristano, 15-11-2012

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



MEDICAL S.p.A.

07100 SASSARI - Viale Porto Torres, n° 64
tel. 079 267 5033 fax 079 267 5042
09028 CAGLIARI - Sestu, Loc. "Is Corsas" s/n
tel. 070 231 0050 fax 070 231 1582

e-mail: info@medicalspa.it Internet: www.medicalspa.it

Tranillo
ky



Servizio Sanitario Regione Sardegna ASL n° 5 - ORISTANO Dipartimento Amministrativo Servizio Provveditorato 22 NOV 2012 Arrivato il _____ Prot. N. _____ del _____
--

Spett.le
ASL 5 Oristano
Ufficio Protocollo
Via Carducci, 35
09170 ORISTANO
Fax 0783/776002

Offerta AM/261 as
Prot.n. 6841 del 21.11.2012

Oggetto: Offerta relativa alla fornitura di EMOXICEL 100mmx75mm. Prot. 75739/CF del 21/11/2012.

A seguito della Vs. richiesta in oggetto, in qualità di Importatori Esclusivi degli emostatici a marchio Emoxicel, formuliamo ns. migliore offerta per la fornitura del seguente materiale:

Emostatico a base di cellulosa ossidata e rigenerata, completamente riassorbibile, ritagliabile e suturabile

EMOXICEL* TAF Retilight

n. 10 conf. mm. 100 x 75 conf. 10 pz. Cod. ETRL10075
a € 9,50=(nove/50) cad. pz. più IVA 21%
Pari a € 95,00=(novantacinque/00) cad. conf. più IVA

- Validità offerta 180 gg.;
- Pagamento 90 gg.;
- Consegna entro 5 gg..

Distinti saluti.

MEDICAL S.p.A.
Presidente e Amm.re Delegato

Angellino Masala

Dr. Angelino Masala

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