

Foa 19/2/13

4

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

Prot. N° 4278529

Allegato n° 1 alla determinazione
Cons. Provveditorato N° _____ del _____
Composto di n° 4 fogli Oristano, li 12.02.2013

UFFICIO PROTESI - DISTRETTO

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° 10153 del 08.02.2013, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da "[redacted]" si certifica che i presidi in oggetto sono indispensabili per l'autonomia dell'assistito.

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

- Stampante braille "INDEX BASIC D", codice ISO 21.09.09.003;

Distinti saluti.

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 _____ il _____ C.F. _____
Residente in _____ Via _____ N. _____

VALUTAZIONE DELLA DISABILITÀ E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica CECITA ASSOLUTA

Valutazione del deficit _____

Valutazione funzionale e abilità residue _____

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

Riabilitazione uditiva

Tempi di impiego previsti

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
<u>Stampante Braille</u>		<u>21.09.09.003</u>	<u>1</u>
/		/	
/		/	
/		/	

Qualora il presidio non sia espressamente contemplato nel NT e sia riconducibile, ai sensi del comma 5 dell'art. 1 de 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 2005 dichiaro che non è convenientemente riparabile

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

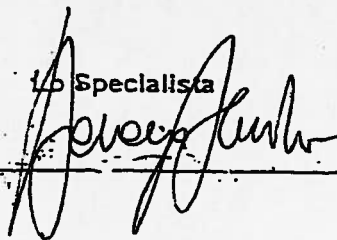
POLIAMBULATORIO - ORISTANO

OCULISTICA

Dott. Donoera Alessandro

05/02/13

Lib Specialista



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

DISTRETTO SOCIOSANITARIO DI ORISTANO

Ufficio protesi e ausili

DICHIARAZIONE DI SCELTA

In relazione alla prescrizione(descrizione presidio):

INDEX BASE D -

STAMPA ORIENTALE, INTERRUPTO, PUNTO CONTINUO,
NON SI INCARNANO I FOGLI

Per l'Assistito/a _____
nato/a a _____ il _____

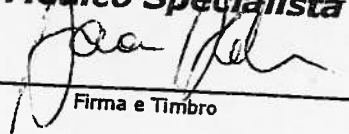
Si attesta che le caratteristiche indicate, necessarie per l'uso cui il presidio è dedicato, non corrispondono ad alcun altro prodotto in commercio.

Data 05/02/13

**POLIAMBULATORIO - ORISTANO
OCULISTICA**

Dott. Donzera Alessandro

Il Medico Specialista


Firma e Timbro

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

A:078373315

P.1/7

**P.A.C.**

Sede Operativa e legale: Via Sebastiano
 Satta, 20
 09127 - CAGLIARI
 ☎ 070.670795
 ☎ 070.660785
 ✉ [massimosanna@pac-
 informatica.com](mailto:massimosanna@pac-informatica.com)
 🌐 www.pac-informatica.com

L'informatica al servizio delle persone disabili

FAXA: **SERVIZIO PROVVEDITORATO ASL 5 - ORISTANO**Da: **MASSIMO SANNA**Fax: **0783.73315**Pagine: **1 + 6**

Telefono:

Data: **13 Marzo 2013**Oggetto: **Preventivo stampante braille INDEX BASIC D**

Cc:

Gentilissimi,

come da vostra gentile richiesta inviamo la nostra migliore offerta per
 il prodotto di vostro interesse.

Per qualsiasi chiarimento restiamo a completa disposizione.

Cordiali saluti

Responsabile Ausilioteca
MASSIMO SANNA

P.A.C. srl
 Via Sebastiano Satta, 20
 09127 CAGLIARI

☎ +39 (0)070.670795

☎ +39 (0)070.660785

✉ massimosanna@pac-informatica.com🌐 www.pac-informatica.com

MODELLO ALL. "A"

PROSPETTO OFFERTA ECONOMICA

Oggetto: RIF. VS. RICHIESTA PREVENTIVO PROT. N. 18122 DEL 11/03/2013
 FORNITURA DI N.1 STAMPANTE BRILLE "INDEX BASIC"

OFFERTA ECONOMICA

Il sottoscritto ATZORI GIORGIO nato a [redacted] il [redacted]
 residente a [redacted] in via [redacted] n. [redacted]
 nella sua qualità di AMMINISTRATORE UNICO della ditta P.A.C. SRL
 con sede legale in CAGLIARI - VIA S. SATTA, 20 C.F./P.IVA 01754780920,

ai fini della partecipazione alla gara di cui in oggetto,
DICHIARA
 di aver considerato, nella formulazione della propria offerta economica, quanto richiesto per la partecipazione alla presente procedura di gara e pertanto di accettare incondizionatamente tutte le clausole previste da tutti gli atti di gara;

PRESENTA
 ai fini della partecipazione alla gara di cui in oggetto, la propria migliore offerta economica come sotto specificato:
 Da compiersi a cura della DITTA

fac simile

PUNTO	DESCRIZIONE	QUANTITA'	PREZZO UNITARIO	PREZZO COMPLESSIVO	ALIQUOTA IVA
1	STAMPANTE INDEX BASIC D	01	€ 2.275,00	€ 2.275,00	4%
				Prezzo totale al netto di I.V.A.	€ 2.275,00
				I.V.A.	€ 91,00
				Prezzo tot. I.V.A. compresa	€ 2.366,00

Per quanto riguarda la consegna, la Ditta s'impegna ad effettuarla (se non richiesto un termine direttamente dall'ASL) entro 20 giorni dal ricevimento dell'ordine e/o comunicazione di aggiudicazione.

- Si precisano di seguito:
- il tempo di validità dell'offerta 60 GIORNI
 - eventuale minimo d'ordine: €

P.A.C. srl
 L'Amministratore

***IL LEGALE RAPPRESENTANTE**
 (timbro o sottoscrizione in originale)
Giorgio Atzori