

For 28/2/13
h

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

Prot. N° 4286585

Allegato n° 1 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° _____ del _____
Composto di n° 3 fogli

UFFICIO PROTESI - DISTRETTO

Oristano, li 18.02.2013

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° 12282 del 18.02.2013, 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, dell'assistito [redacted]

- N° 1 Umidificatore-Riscaldatore per CPAP "Sleep Cube";
- N° 6 Ampolle di ricambio per umidificatore;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO
- Dr. Antonia Delabona -

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO
- Fausto Spanu -

Servizio Sanitario – Regione Sardegna
Azienda U.S.L. N. 8 di Cagliari

Allegato 1A

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
Modello di Prescrizione Specialistica
Dimissione Ospedaliera

Assistito

NOME [redacted] COGNOME [redacted] ETA': _____
Nato a Oristano il [redacted] C.F. _____
Residente in [redacted] Via [redacted] N° _____

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica [redacted]

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 _____

Tempi di impiego previsti: da usare tutte le notti con pressione di 13 cm. H2O _____

PRESIDI PROPOSTI

Descrizione Presidio	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
Umidificatore-Riscaldatore per CPAP Sleep Cube			1
Ampolle di ricambio per umidificatore			6/anno

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 _____ dichiarato che non è convenientemente riparabile
- b. se trattasi di fornitura che non ha 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

Lettera c dell'art 2 del DM 332/99

- istante in attesa di riconoscimento

PRESCRIZIONE AI SENSI DELL'ART. 2 LETTERA E DEL D.M. 332/99

- A) PRESCRIZIONE SPECIALISTICA DA PARTE DI STRUTTURA DI RICOVERO PUBBLICA
 AZIENDA USL N. _____ DI _____
 PRESIDIO OSPEDALIERO _____ UNITA' OPERATIVA DI _____
- B) PRESCRIZIONE SPECIALISTICA DA PARTE DI STRUTTURA DI RICOVERO ACCREDITATA
 AZIENDA USL N. _____ DI _____
 PRESIDIO OSPEDALIERO _____ UNITA' OPERATIVA DI _____

Si certifica che il paziente sopra indicato è ricoverato presso questa Unità Operativa e necessita con urgenza del dispositivo prescritto prima della dimissione in quanto affetto grave e permanente menomazione che richiede una tempestiva attivazione del progetto riabilitativo.

Data 15.02.2013

Il Responsabile dell'Unità Operativa Ospedaliera

Dott. A. Coni

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

AZIENDA USL n.° 8

P.O. B. BINAGHI - 3ª U.O. Pneumologia

Responsabile: Dott. Casara SEM



Allegato n° 2 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° _____ del _____
Composto di n° 3 fogli Fae

a 18/3/13

Invio a mezzo fax: 0783/73315

Spett.le
ASL n. 5 Oristano
Servizio Provveditorato

Monza, 15 marzo 2013

VS. RIF. Prot. N. 0019011/E.F. del 13/03/2013
NS. RIF. APP/CC/am
Prot. 54/13 del 15/03/2013

Oggetto: Offerta per la fornitura di umidificatore per ventilatore "Sleep Cube".

Spett.le Ente,

in riferimento al Vs Prot. n. 0019011/E.F. del 13.03.2013, con la presente si invia offerta economica e relativa documentazione per quanto in oggetto.

Con l'occasione si porgono cordiali saluti.

Sapio Life S.r.l.
Ufficio gare e appalti



MODELLO ALL. "A"

PROSPETTO OFFERTA ECONOMICA

Oggetto: RIF. VS. RICHIESTA PREVENTIVO PROT. N. 19011 DEL 13/3/2013

FORNITURA DI UMIDIFICATORE PER VENTILATORE "SLEEP CUBE"

OFFERTA ECONOMICA

Il sottoscritto CLAUDIO COLOMBO nato a [REDACTED] il [REDACTED],
residente a PER LA CARICA C/O IN VIA LA SEDE LEGALE n. [REDACTED]
nella sua qualità di PROD. E DIR. CARE. E CUSTOMER della ditta SABIO LIFE SPA
CADE SANITA'
con sede legale in MONZA, VIA S. PELLICO 48 C.F./P.IVA 02006400960

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;

ai fini della partecipazione alla gara di cui in oggetto, la propria migliore offerta economica come sotto specificato:

Da compilarsi a cura della DITTA

fac simile

PUNTO	DESCRIZIONE	QUANTITA'	PREZZO UNITARIO	PREZZO COMPLESSIVO	ALIQUOTA IVA
1	UMIDIFICATORE	1	146,30	146,30	4%
2	AMPDWE	6	64,80	388,80	4%
				Prezzo totale al netto di I.V.A.	535,10
				I.V.A.	21,40
				Prezzo tot. I.V.A. compresa	556,50

Per quanto riguarda la consegna, la Ditta s'impegna ad effettuarla (se non richiesto un termine direttamente dall'ASL) entro 15 - 20 giorni dal ricevimento dell'ordine e/o comunicazione di aggiudicazione.

Si precisano di seguito:

- il tempo di validità dell'offerta 190 gg
- eventuale minimo d'ordine: € [REDACTED]

***IL LEGALE RAPPRESENTANTE**
(timbro e sottoscrizione in originale) **SABIO**
[Signature]

ASL 5 Cristano
Direttore del servizio
(D.ssa Maria Gasolina Damurtas)

Via Carducci, 35
09170 Cristano
Tel 0783/317780 Fax 0783/73315
www.aslcrisano.it
E-mail: provveditorato@aslcrisano.it

ASL Cristano
Pag. 3 di 3



Spett.le
ASL n. 5 Oristano
Servizio Provveditorato

Monza, 15 marzo 2013

VS. RIF. Prot. N. 0019011/E.F. del 13/03/2013
NS. RIF. APP/CC/am
Prot. 54/13 del 15/03/2013

Oggetto: Offerta per la fornitura di umidificatore per ventilatore "Sleep Cube".

DICHIARAZIONE

AI SENSI DELL'ART. 19 E DELL'ART. 46, 47 E 76 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 N. 445

La **SAPIO LIFE S.R.L.** con sede legale in Monza, Via Silvio Pellico 48, Codice fiscale, numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Monza e Brianza 02006400960 - Agenzia delle Entrate - Uffici di Via Manin 25, Milano, già Registro Ditte R.E.A. n. 1330457 dal 9/3/90, P.I. 02006400960 - Tel. 039.83981 - Fax 039.2026143 - e-mail: sapiolife@sapio.it - in persona del Direttore Gare e Customer Care Sanità, tale nominato con procura ad negotia n. 82298 raccolta 29359 del 31/07/2012 di repertorio del notaio Alberto Paleari del distretto notarile di Milano, Sig. Claudio Colombo, nato a Magenta (MI) il 3/5/1960 e domiciliato per la carica presso la sede legale,

DICHIARA

che la copia della PROCURA AD NEGOTIA, allegata alla presente dichiarazione è come di seguito individuata:

- Repertorio n. 82298 Raccolta 29359 del 31.07.2012;

E' CONFORME ALL'ORIGINALE

In fede si sottoscrive.


SAPIO S.r.l.
Ul. Direttore Gare e Customer Care Sanità

Dichiarazione una sostituta ad autenticazione, ai sensi e per gli effetti di cui al DPR 20 ottobre 1998 n. 403 recante disposizioni di attuazione della legge 15 maggio 1997 n. 127 ("Legge Bassanini bis"), così come coordinato con l'art. 2, commi 10 e 11 della legge 16 giugno 1998 nr.191 ("Legge Bassanini ter") (accompagnamento dichiarazione con copia fotostatica documento d'identità) così come analizzata ed integrata dagli artt. 47 e 48 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa).