



Servizio Sanitario – Regione Sardegna
 Servizio Assistenza Farmaceutica – Distretto di Oristano

S. Battiato

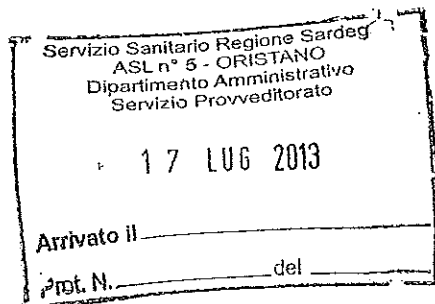
18/7/13

Prot. n. 09/2013/429

Oristano 17/07/2013

Oggetto: Richiesta acquisto urgente reagente

Allegato n° 1 alla determinazione
 Serv. Provveditorato N° _____ del _____
 Composto di n° 2 Fogli



Al Resp. Servizio
 Provveditorato

SEDE

Si chiede la fornitura urgente del reagente sottoelencato, richiesto dallo specialista per un paziente di questa A.S.L.(L.P.)

codice	Prodotto	Quantità	
927808	809 Polistes iposensibilizzante specifica iniettiva pharmlagen Mant. 1036863	2 conf.	

NB. Si allega prescrizione medica.

Distinti saluti.

IL DIRETTORE
 FARMACIA TERRITORIALE
 Dr.ssa Battiato Alessandra



Avvertenze

(da staccare e trattenere)

1. Per richiedere la continuazione della terapia far pervenire alla ALK-Abello S.p.A. la "Prescrizione medica" sottostante, timbrata e firmata dal medico. Non si accettano richieste prive del timbro e della firma del medico.
2. La prescrizione può essere trasmessa via fax (al numero verde (800.020.330) o come allegato e-mail (all'indirizzo ordinionline@alk-abello.com). Dovrà comunque seguire l'invio per posta della prescrizione originale con l'indicazione dell'avvenuta anticipazione per fax/e-mail. Non si accettano ordini telefonici.
3. Si pregano i signori medici di specificare il tipo di terapia di mantenimento barrando una delle caselle in basso. Se non viene barrata alcuna casella, o nel caso in cui la scelta non sia chiara e/o congrua con l'etichetta apposte su questa prescrizione, sarà inviata una confezione uguale alla precedente ordinato (per la terapia sublinguale SLITone) o una confezione di singolo mantenimento (per le terapie iniettive (AVANZ e ALUTARD).
4. La prescrizione per la continuazione della terapia dovrà essere spedita in tempo utile per evitare l'interruzione della terapia.
5. Il pagamento avverrà secondo le indicazioni contenute all'interno della confezione e le spese di spedizione sono a carico del destinatario; sono escluse da questo tipo di pagamento le richieste effettuate tramite il Servizio Sanitario Regionale.
6. Per un miglior servizio è indispensabile indicare sempre i dati di recapito ed il numero di telefono. Le comunicazioni tramite SMS, telefax, telefono, MMS, saranno limitate ad informazioni relative al corrispettivo, ai tempi di consegna, ad eventuali solleciti o inadempimenti, escluso ogni altro utilizzo se non a seguito di formale consenso. Vedere a tergo della presente come accedere alla documentazione in materia di codice della Privacy.

Per informazioni è a Vostra disposizione il Nostro

Ufficio Clienti Telefono 02193763333

Sito internet: www.alk-abello.it

Citare sempre il numero di riferimento dell'ultima terapia

STACCARE LUNGO LA PERFORAZIONE

Prescrizione medica

terapia in corso

SPEDIRE A:

Cognome e nome

Indirizzo

Località _____ Prov _____

Cap _____ Telefono/Cellulare _____

SI RICHIEDE UNA TERAPIA DI MANTENIMENTO

- SLITone 90 SLITone 180
- AVANZ singolo mant. AVANZ doppio mant.
- ALUTARD singolo mant. ALUTARD doppio mant.

Note del medico

Terapia iposensibilizzante specifica iniettiva PHARMALGEN®

809 POLISTES DOMINULUS PHARMALGEN MANT.

Cod: 1036863

Rif. Nr.: 009644237001

Paziente:

Prescrittore: GROCIANI CLAUDIA



PIEGARE LUNGO LA LINEA TRATTEGGIATA

2023652

Inviare questa prescrizione, utilizzando la busta allegata, a:

ALK-ABELLO S.p.A.

Via Settembrini, 29 - 20020 Lainate, MI

Barrare con una X se già trasmessa per fax/e-mail:

FAX VERDE - 800 020 330

E-MAIL - ordinionline@alk-abello.com



SERVIZIO SANITARIO Nazionale - Regione Sardegna
 Azienda Ospedaliera
 U.O. Medicina di Laboratorio
 Centro di Diagnosi e Cura
 Allergia Velena di Infezioni e Otorinolaringoiatria
 Tel. 070-539807
 Timbro e Firma

Firma leggibile del cliente e data.

Indicare nello spazio sottostante i dati di fatturazione qualora fossero differenti dai dati del paziente

Allegato n° 2 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° _____ del _____
Composto di n° 8 fogli



Handwritten signature

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

31 OTT 2012

Affivato il _____
Prot. N. _____ del _____

Fax n°

Date: 31/10/2012

Numero di pagine, inclusa la copertina: 8

A ~~DOTT.SSA~~ PAOLA GASPAROTTO
SERVIZIO PROVVEDITORATO
ASL N° 5 ORISTANO
ORISTANO (OR)

Tel _____

Fax: 0783 / 73.315

Da: Elisabetta Marini
Ufficio Gare-Contratti
ALK-ABELLO S.p.A

TEL 02 - 93.76.33.38

Fax: 02 - 93.76.34.53

PER INVIO ORDINI ACQUISTO
N° verde 800 009.789
Fax 02 - 93763455
PEC:ordini@pec.alkabello.it

CUSTOMER SERVICE:
TEL.02 - 93.76.33.33

NOTE: Urgente Per revisione RSVP Vs. commenti

OGGETTO: RICHIESTA PREVENTIVO DI SPESA FORNITURA VACCINO: 809 POLISTES DOMINULUS PHARMALGEN MANT. COD. 1036863

Lettera offerta **1 pag.**

Modello dichiarazione **3 pag.**

ALLEGTAO 1 e 2 alla dichiarazione **2 pag.**

Copia documento identità sottoscrittore **1 pag.**



Spett.le
ASL 5 ORISTANO
SERVIZIO PROVVEDITORATO
Via Carducci 35
09170 Oristano (OR)

PROT. N.: 7193 / 2012

**OGGETTO: Richiesta preventivo di spesa per la fornitura del vaccino: 809 POLISTES DOMINULUS PHARMALGEN
MANTENIMENTO COD. 1036863 occorrente all'ASL n° 5 di Oristano**

Facendo seguito alla Vostra Prot. N. 89963/PG del 30.10.2012 inoltrata a mezzo fax, il sottoscritto Dr. CLAUDIO FUSARI nato a Buenos Aires (Argentina) il 22.12.1966, nella sua qualità di Amministratore Delegato e Legale Rappresentante della società ALK-ABELLO SPA con sede in Lainate (MI) Via Settembrini 29, codice fiscale / Partita IVA 04479460158, di seguito riporta la sua migliore offerta per il materiale in oggetto:



Pharmalgen Veleni è una preparazione composta da diversi estratti di veleno di Imenotteri liofilizzati da ricostituire con 1,2 mL di diluente albumina per immunoterapia iniettiva sottocutanea individuale sotto prescrizione e controllo del medico specialista.

Confezione per mantenimento:

4 flaconi di liofilo contenenti ognuno 120 mcg di estratto di veleno e 4 flaconi da 5 mL di diluente specifico albumina.

Dopo ricostituzione: 100 mcg/mL (flacone n.4)

La confezione contiene siringhe sterili monouso per assicurare la sterilità della somministrazione e facilitare il dosaggio.

INDICHIAMO QUI DI SEGUITO I CODICI TERAPIA CORRISPONDENTI ALLE COMPOSIZIONI ALLERGENICHE DISPONIBILI

Codice terapia	Allergene	Descrizione	Tipo di confezione	prezzo di listino	% sconto	prezzo scontato	IVA
1036863	809	Pollstes dominulus	Pharmalgen® mantenimento flacone 4444	€ 210,10	10%	€ 189,09	10%

Di seguito riassumiamo le principali condizioni di fornitura: **44927808**

Confezione: compresa

Spedizione: a nostro carico

IVA: esclusa da addebitare in fattura: Vaccini: 10%

Sconto: da applicare ai prezzi del listino valevole dal 01.06.2012

Vaccini: 10% (dieci per cento)

Pagamento: 90 gg. ricevimento fatture

Validità offerta: dal 01.01.2012 al 31.10.2013

Listino di riferimento: valevole dal 01.06.2012

Restando a Vostra completa disposizione, inviamo distinti saluti.

ALK-ABELLO SPA
L'Amministratore Delegato

Dr. Claudio Fusari

Lainate, 31.10.2012



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

MODELLO PER LE DICHIARAZIONI RILASCIATE DAGLI OPERATORI ECONOMICI CONCORRENTI IN ORDINE AL POSSESSO DEI REQUISITI PER LA PARTECIPAZIONE ALLE PROCEDURE DI COTTIMO FIDUCIARIO

(artt. 46 e 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000 n° 445 "Testo unico delle disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa")

Spett.le A.S.L. N. 8 ORISTANO
Via G. Carducci n. 35
09170 ORISTANO

OGGETTO: Procedura FORNITURA VACCINO PHARMALGEN MANTENIMENTO PEDIATRES DOMINULUS
COD: 1036863

In riferimento alla procedura in oggetto.

Il sottoscritto (1) CLAUDIO FUSARI
Nato a Buenos Aires (Argentina) il 20.12.1966 residente a per la com. LAINATE (MI)
Via SETTEMBRINI 29 in qualità di (2) AMMINISTRATORE DELEGATO
e quindi dotato del potere di legale rappresentanza della (3) ALK-ABELLO SPA
Società/ditta con sede legale in LAINATE (MI) cap 20020
Via SETTEMBRINI 29 n° tel. 02 9376 3338 fax 02 9376 3453
e sede amministrativa in LAINATE - VIA SETTEMBRINI 29 fax 02 9376 3490
e-mail in.torato@alk-abello.com C.F. 01499450158
Partita IVA 01499450158
di seguito denominata "impresa"

- consapevole, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi;
- consapevole che, qualora fosse accertata ai sensi e per gli effetti dell'art. 71 e 75 del D.P.R. 445/2000, la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, l'impresa qui rappresentata verrà esclusa dalla procedura di gara per la quale è rilasciata, o, se risultata aggiudicataria, decadrà dalla aggiudicazione medesima;

DICHIARA

- che il soggetto abilitato a sottoscrivere l'offerta oggetto della presente gara in nome e per conto della impresa qui rappresentata è il signor CLAUDIO FUSARI nato a Buenos Aires (Argentina) il 21.10.1966 nella sua qualità di (4) AMMINISTRATORE DELEGATO LEGALE RAPPRESENT., ovvero di procuratore speciale munito dei poteri di cui alla procura che si allega in copia conforme all'originale;
- che il domicilio eletto per le comunicazioni inerenti alla procedura in oggetto e/o di richieste di chiarimento e/o integrazione della documentazione presentata, è il seguente:

Città e Cap	<u>LAINATE (MI)</u>	<u>20020</u>
VIA	<u>SETTEMBRINI</u>	n. <u>29</u>
Telefono	<u>02 9376 3338</u>	Fax <u>02 9376 3453</u>
E-mail	<u>elisabetta.marini@alk.net</u>	
E-mail di posta elettronica certificata (P.E.C.)	<u>alk-Abello@octafiscertymail.it</u>	

- che l'**Ufficio dell'Agenzia delle Entrate** di riferimento è il seguente:
(Indirizzo completo) VIA MAGENTA 47, 20017 RHO (MI);

che la **rete INPS**, per il regolare versamento dei contributi previdenziali obbligatori competente ai fini della presente procedura, è la seguente:

- n° dipendenti addetti per l'appalto in oggetto 45;
- Contratto collettivo Nazionale dei Lavoratori applicato CHIMICO;
- Indirizzo VIA SILVA 38 - 20149 MILANO (MI);
- n. posiz. Contributiva U931095120102 completo:

che la **rete INAIL**, per il regolare versamento dei contributi assicurativi obbligatori competente ai fini del presente affidamento, è la seguente:

- Indirizzo completo: VIA M. LIBERTÀ 23 - 20017 RHO (MI);
- n. posiz. assicurativa 6306343/20 - 107 93170/75 - 372 58 755/85

DICHIARA, ASSUMENDONE LE RELATIVE RESPONSABILITÀ'

- che nei confronti dell'impresa, nei propri confronti e, per quanto di propria conoscenza, nei confronti dei soggetti di cui all'art. 38 del D. Lgs. 163/2006, non sussiste alcuna delle cause di esclusione dalla partecipazione alla gara di cui all'art. 36 lett. a), b), c), d), e), f), g), h), l), l), m), m-bis), m-ter) ed m-quater) del D. Lgs. 163/2006,
(N.B. I soggetti interessati non sono tenuti ad indicare nella dichiarazione le condanne per reati depenalizzati ovvero dichiarati estinti dopo la condanna stessa, né le condanne revocate, né quelle per le quali è intervenuta la riabilitazione; i soggetti interessati sono però tenuti ad indicare le condanne per le quali abbiano beneficiato delle non menzione, in tal caso specificandole _____);

- che, per quanto riguarda la situazione di controllo di cui all'art. 2359 del codice civile, l'impresa (barrare la casella interessata):

- non si trova in alcuna situazione di controllo di cui all'art. 2359 del codice civile o in una qualsiasi relazione, anche di fatto, rispetto ad alcun soggetto e di aver formulato l'offerta autonomamente;
- non è a conoscenza della partecipazione alla medesima procedura di soggetti o società che si trovano, rispetto all'impresa qui rappresentata, in una delle situazioni di controllo di cui all'art. 2359 del codice civile e di aver formulato l'offerta autonomamente;
- di trovarsi rispetto ad altro partecipante in una situazione di controllo di cui all'art. 2359 del codice civile o in una qualsiasi relazione prevista dall'art. 38, comma 1 lett. m-quater) del D. Lgs. 163/2006 ma di avere formulato l'offerta autonomamente;

- che l'impresa ha adempiuto, all'interno della propria azienda, agli obblighi di sicurezza previsti dalla vigente normativa né che si trova in stato di sospensione ai sensi dell'art. 14 del D. Lgs. n. 81/2008;

- che l'impresa ha esaminato, con diligenza ed in modo adeguato, le prescrizioni tecniche fornite dalla stazione appaltante ed ha preso conoscenza di tutte le circostanze generali e particolari suscettibili di influire sulla determinazione del prezzo, sulle condizioni contrattuali e sull'esecuzione del contratto ed ha valutato i rischi propri dell'attività da svolgere e ne ha individuato le misure di protezione e sicurezza, ritenendo il prezzo offerto remunerativo;

- che il valore economico dell'offerta è adeguato e sufficiente rispetto al costo del lavoro e di aver tenuto conto dei costi relativi alla sicurezza;

- che, al fine del possesso dei requisiti di idoneità professionale, ai sensi di quanto disposto dall'art. 39, comma 1, del D. Lgs n. 163 e ss.mm.ii. la Ditta è regolarmente iscritta alla Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura competente per territorio, per le prestazioni nel settore oggetto di gara con il N. 1017579 del Comune di MILANO cod. attività 212.029 (ex 24420)

(N.B.: in caso di cittadino di altro Stato membro non residente in Italia indicare l'iscrizione al Registro professionale o commerciale, secondo la legislazione vigente nello Stato estero di residenza, ai sensi di quanto disposto dall'art. 39, commi 2 e 3, del D. Lgs n. 163 e ss.mm.ii.);

- che la ditta possiede i requisiti relativi alla capacità economico-finanziaria, ai sensi di quanto stabilito all'art. 41, comma 1, lett. c), del D. Lgs. n. 163/2006:
(è sufficiente comprovare un fatturato complessivo nell'ultimo triennio, almeno pari all'importo di gara)
(N.B.: se l'Operatore economico non è in grado, per giustificati motivi, ivi compreso quello concernente la costituzione o l'inizio dell'attività da meno di tre anni, di presentare le referenze richieste, può provare la propria capacità economica e finanziaria mediante la presentazione di una referenza bancaria);

DICHIAZIONE

ALLEGATO 1

- in relazione alla capacità tecnica e professionale, ai sensi di quanto stabilito dall'art. 42, comma 1, lett. a) del D. Lgs N° 163/2006, si dichiara che la ditta ha regolarmente eseguito nell'ultimo triennio fornitura/servizi nel settore oggetto della presente gara come da prospetto seguente:

DICHIAZIONE

ALLEGATO 2

Committente	Breve descrizione della fornitura/servizio	data	Importo Iva/A

(N.B.: è sufficiente indicare la principale fornitura/servizio eseguita nell'ultimo triennio di riferimento)

Il sottoscritto dichiara di essere in grado di presentare la documentazione e la certificazioni concernenti tutti gli elementi innanzi dichiarati che non possono essere d'ufficio verificati direttamente dalla Stazione Appaltante.

Il sottoscritto, in rappresentanza dell'impresa, dichiara di accettare incondizionatamente tutte le clausole previste dalla lettera d'invito e dagli atti tutti di gara, compresi eventuali chiarimenti e di autorizzare l'A.S.L. di Oristano al trattamento dei propri dati ai sensi del D. Lgs n° 193/2003 per fini istituzionali.

Il sottoscritto apponendo la sottoscrizione in calce alla presente, si rende consapevole delle responsabilità penali, amministrative e civili assunte in caso di dichiarazioni false o incomplete, altresì consapevole che la ASL potrà effettuare i dovuti controlli e compiere sulle dichiarazioni prodotte, anche ai fini del possesso di DURC regolare, acquisendo la relativa documentazione secondo la legislazione vigente.

Letto, confermato e sottoscritto.

(località e data) LAINATE, 31.10.2012

(5) FIRMA ALK-ABELLO S.p.A.
Dr. Claudio Fusari

(timbro e sottoscrizione in originale)

N.B. La presente dichiarazione sostitutiva per la sua validità dovrà essere corredata, a pena di esclusione dalla procedura di gara, da fotocopia di documento d'identità in corso di validità.

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

1. Cognome e nome, per esteso e leggibile, data e luogo di nascita;
2. Titolarità e rappresentare la ditta (titolare, legale rappresentante etc... Nel caso in cui tale modello sia sottoscritto da un procuratore generale o apodele autorizzato, è necessario allegare copia, conforme all'originale, dell'atto di procura in corso di validità);
3. Denominazione completa del soggetto partecipante alla presente procedura di affidamento (Rif. art. 34 D. Lgs. 163/2006);
4. Soggetto abilitato a sottoscrivere l'offerta (soggetto dotato di potere di rappresentanza o procuratore);
5. Firma per esteso e leggibile; N.B. Non è richiesta l'autenticazione di tale sottoscrizione, tuttavia ex art. 38 comma 3 del D.P.R. n° 445 del 28 dicembre 2000, occorre trasmettere unitamente al presente modello copia fotografica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.



ALLEGATO 1

Spett.le
ASL 5 ORISTANO
SERVIZIO PROVVEDITORATO
Via Cartuccl 35
09170 Oristano (OR)

PROT.N.: 7193 / 2012

OGGETTO: Richiesta preventivo di spesa per la fornitura del vaccino: 809 POLISTES DOMINULUS PHARMALGEN
MANETENIEMNTO. COD. 1036863 occorrente all'ASL n° 5 di Oristano

DICHIARAZIONE CAPACITA' ECONOMICA - FINANZIARIA

Il sottoscritto Dr. CLAUDIO FUSARI nato a Buenos Aires (Argentina) il 20.12.1966, residente (per la carica) presso la sede della società ALK - ABELLÓ S.p.A. in Lainate (MI) Via Settembrini 29, in qualità di Amministratore Delegato e Legale Rappresentante della società ALK-ABELLO' S.p.A. con sede legale in Lainate (MI) Via Settembrini 29 (partita I.V.A.04479480158 Codice Fiscale Ditta 04479480158

DICHIARA
(ai sensi del D.P.R. 445/2000)

- che la suddetta Società è in possesso della capacità, economica finanziaria come di seguito dettagliato

FATTURATO GLOBALE DEGLI ULTIMI TRE ANNI (da bilancio)

- ANNO 2009: € 13.996.249,00
- ANNO 2010: € 13.510.170,00
- ANNO 2011: € 13.133.597,00

In fede.

ALK-ABELLO' S.p.A.
L'Amministratore Delegato


Dr. Claudio Fusari

Lainate, 31.10.2012



ALLEGATO 2

Spett.le
ASL 5 ORISTANO
SERVIZIO PROVEDITORATO
Via Carducci 35
09170 Oristano (OR)

PROT.N.: 7193 / 2012

OGGETTO: Richiesta preventivo di spesa per la fornitura del vaccino: 809 POLISTES DOMINULUS PHARMALGEN
MANETENIEMNTO. COD. 1036863 occorrente all'ASL n° 5 di Oristano

DICHIARAZIONE CAPACITA' TECNICO E PROFESSIONALE

Il sottoscritto Dr. CLAUDIO FUSARI nato a Buenos Aires (Argentina) il 20.12.1966, residente (per la carica) presso la sede della società ALK - ABELLÓ S.p.A. in Lainate (MI) Via Settembrini 29, in qualità di Amministratore Delegato e Legale Rappresentante della società ALK-ABELLO' S.p.A. con sede legale in Lainate (MI) Via Settembrini 29 (partita I.V.A.04479460158 Codice Fiscale Ditta 04479460158

DICHIARA
(ai sensi del D.P.R. 445/2000)

- che la suddetta Società è in possesso della capacità tecnica ai sensi dell'art. 42 del D.Lgs 163/2006 specificando di seguito le principali forniture effettuate ad amministrazioni, enti pubblici o privati durante gli ultimi tre anni

Vaccini anti allergici (terapie desensibilizzanti) e Materiale Diagnostico

ENTE	FATTURATO € 2009	FATTURATO € 2010	FATTURATO € 2011
Azienda Osp. Civile di Legnano (MI)	€ 202.206,91	€ 193.953,02	€ 197.171,20
Azienda Osp. G. Salvini - Garbagnate Milanese (MI)	€ 103.738,89	€ 128.776,55	€ 112.248,39
Azienda Osp. "Carlo Poma" - Mantova (MN)	€ 108.925,57	€ 90.957,59	€ 96.013,04

In fede.

ALK-ABELLO' S.p.A.
L'Amministratore Delegato

Dr. Claudio Fusari

Lainate, 31.10.2012