



ASL N. 5 - Oristano
 Registro Fatture
 Codice Form. 13387
 N. 17446 Del 03.09.13

P.IVA 01754780920 - R.E.A. 141378 - Capitale sociale € 10.200,00

Informazioni Cliente A.S.L. N.5 - Oristano Distretto di Oristano Via Carducci, 35 Oristano (OR) Cod.Fiscale / P.Iva : 00681110953	Informazioni destinazione A.S.L. N.5 - Oristano Distretto di Oristano Via Carducci, 35 Oristano (OR)
--	--

Documento Fattura	Numero 109 - 2013	Data 04/09/2013	Pagine 1
-----------------------------	-----------------------------	---------------------------	--------------------

Pagamento Bonifico bancario	Banca BANCO DI SARDEGNACOD. IBAN : IT1210101504810000000041429
---------------------------------------	---

Articolo	Descrizione	UM	Quantità	Prezzo Unit.	Prezzo Tot.	Sconto	IVA
	RIF. VOSTRO ORDINE del 30/08/2013 in relazione al nostro preventivo n.0084013 del 22 Luglio 2013		0	0.00	0.00	0	21
	CONSEGNA DEL VOSTRO PUNTATORE OCULARE EYEGAZE SYSTEM (Serial n° 983-2020) - CONSEGNA A DOMICILIO E ADDESTRAMENTO ALL' UTILIZZO PRESSO VOSTRO UTENTE ([redacted]) di [redacted] (OR)		1	330.00	330.00	0	21

ASL N. 5 - ORISTANO
 Resp. Proc. _____
 PERVENUTO IL
 20 SET. 2013
 Prot. n. _____ del _____
 Altri _____

Totale Merce € 330.00	Sconto	Netto Merce € 330.00	Costi Trasporto	Varie	Spese Incasso	Totale Importo € 330.00
---------------------------------	---------------	--------------------------------	------------------------	--------------	----------------------	-----------------------------------

Impugnabili € 330.00	Alliquota IVA 21 %	Importo IVA € 69.30	Totale Fattura € 399.30	Totale da Pagare € 399.30
--------------------------------	------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------

Trasporto a cura	Causale Di Trasporto VENDITA	Porto	Colli 0	Aspetto	Peso 0	Data Partenza
-------------------------	--	--------------	-------------------	----------------	------------------	----------------------

Autore	Firma Conducente	Firma Destinatario
Autore	Data Partenza	Firma Vettore

CONTRIBUTO AMBIENTALE CO.NA.I ASSOLTO

P.A.C. srl
 Sede legale e operativa : via Sebastiano Satta, 20 - 09127 Cagliari - P.I. 01754780920
 Tel. 070-670795 Fax 070-660785 - Email: commerciale@pac-informatica.com
 www.pac-informatica.com - www.tecnoausili.com

Evidenza x C.d.C.

Fax

17/10/13



ASL Oristano

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

16 OTT 2013

Arrivato il _____
Prot. N. _____ del _____

DISTRETTO SANITARIO - ORISTANO
UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA

Prot. NP/2013/ 3718

Oristano, 16/10/2013

Allegato n° 1 alla determinazione del DIRETTORE DEL SERVIZIO PROVVEDITORATO
Serv. Provveditorato N° _____ del _____
Composto di n° 4 fogli

SEDE

Oggetto: Ditta PAC - Fattura n° 109/2013 del 04/09/2013 di € 399,30.

Con la presente si comunica che in data 30/08/2013 il Servizio scrivente ha provveduto, per motivi inerenti la grave patologia (SLA), a richiedere alla ditta PAC di Cagliari, l'intervento urgente per l'addestramento all'uso del puntatore oculare "EYEGAZE SYSTEM" di proprietà dell'Azienda, al paziente [redacted] residente a [redacted] affetto da SLA, a seguito di preventivo n° 0084013 emesso dalla suddetta ditta in data 22/07/2013 e inviato allo Specialista prescrittore del presidio stesso.

Quanto sopra è stato effettuato sulla base del verbale dell'UVT n° 238 emesso in data 05/06/2013.

Essendo già pervenuta la fattura relativa al servizio di cui trattasi e di cui all'oggetto, si chiede di voler autorizzare il servizio di addestramento del comunicatore "EYEGAZE SYSTEM" (serie n° 983-2020), al paziente [redacted] e la contestuale liquidazione della relativa fattura.

Distinti saluti.

Si allega:

- Fattura ditta PAC di Cagliari;
- Preventivo di spesa;
- Prescrizione specialistica;
- Copia verbale UVT;

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO
- Dr. Antonio Delabona -

L'operatore Amministrativo

- Fausto Spanu -

Azienda Sanitaria Locale N.5 Oristano Via Giosuè Carducci, 35 (09170) Oristano - P. IVA 00681110953
Telefono: 0783/317836 - Fax 0783/317837 - e-mail: ausl.oristano@tiscali.it usl.oristano@libero.it



• **INFORMATICA**
Vendita, installazione
ed assistenza

• **CORSE**
Informatica di Base e Avanzati,
preparazione per l' ECDL

• **AIDELI INFORMATICA**
Per l' Autonomia delle Persone
difficoltà Motorie o/e Sensoriali

Spett.le
ASL 5 - ORISTANO
Via Carducci, 35
09170 - Oristano

Alla cortese att.ne della
Dott.ssa Silvia Scalas

e del Servizio Ingegneria Clinica
Fax 0783.779102

Prev. 0084013

Cagliari 22 Luglio 2013

Oggetto: Preventivo per servizio formazione e/o valutazione su puntatore oculare - EYEGAZE System

In riferimento alla vostra richiesta di preventivo vi inviamo la nostra migliore offerta per il servizio di formazione e/o valutazione all' uso del puntatore oculare EYEGAZE SYSTEM, presso domicilio del vostro paziente di [REDACTED]

N. 1 SERVIZIO DI FORMAZIONE E/O VALUTAZIONE ALL' USO DEL PUNTATORE OCULARE EYEGAZE SYSTEM:

- installazione del puntatore oculare su stativo da letto (che dovrebbe essere in dotazione con il puntatore oculare);
- calibrazione iniziale dello strumento sul paziente;
- valutazione all' utilizzo dello strumento;
- utilizzo delle funzionalità del puntatore oculare.

Il costo della formazione e/o valutazione (conseggiata in 3 ore lavorative) è di

€ 210,00 (esclusa IVA al 21%)

Costo della trasferta del nostro tecnico presso il paziente di [REDACTED] (OR)

€ 120,00 (esclusa IVA al 21%)

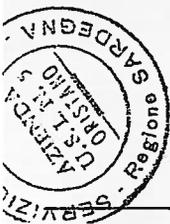
Totale € 330,00 (Esclusa IVA al 21%)

Per qualsiasi chiarimento restiamo a vostra completa disposizione

In attesa di un vostro riscontro vi inviamo cordiali saluti.

Responsabile Ausilioteca
Massimo Sanna

Primo preventivo
30/08/13



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 DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica Polio del 2° motoneurone
 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

Recupero delle autonomie funzionali e della partecipazione sociale.

Tempi di impiego previsti:

Totale

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
COMUNICATORE OCULARE			1
ELEGARE SYSTEM (Sistema di puntamento monoculare che permette la connessione al computer e la gestione del PC solo attraverso il movimento delle pupille)			

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

GRÀ IN POSSESSO DELLA ASL (allo capo del Servizio di Robotica del Tenistico). (Attribuito il 2/10/10)

- b. 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 _____ dichiaro 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

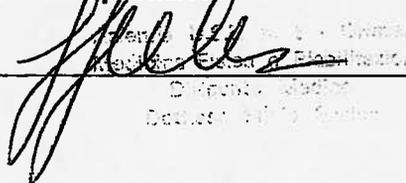
- invalido già riconosciuto** (invalido civile, di guerra, di servizio, privo di vista, sordomuto)
 invalido già riconosciuto per il quale viene richiesta assistenza protesica **non correlata** alla invalidità riconosciuta
 trattasi di invalido con invalidità > al 33% e fino al 100% senza indennità di 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

24/06/13

Lo Specialista



D. Rossi
Specialista in Fisioterapia

Note:

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



Allegato n. 3
 Registro Provinciale
 Composto di n° 13384
 M. 17446 Dal 03.09.13

data determinazione
 del
 fogli

P.IVA 01754780920 - R.E.A. 141378 - Capitale sociale € 10.200,00

Informazioni Cliente

A.S.L. N.5 - Oristano
 Distretto di Oristano
 Via Carducci, 35 Oristano (OR)

Cod.Fiscale / P.Iva : 00681110953

Informazioni destinazione

A.S.L. N.5 - Oristano
 Distretto di Oristano
 Via Carducci, 35 Oristano (OR)

Documento	Numero	Data	Pagine
Fattura	109 - 2013	04/09/2013	1

Modalità pagamento	Banca
Bonifico bancario	BANCO DI SARDEGNACOD. IBAN : IT1210101504810000000041429

Articolo	Descrizione	UM	Quantità	Prezzo Unit.	Prezzo Tot.	Sconto	IVA
	RIF. VOSTRO ORDINE del 30/08/2013 in relazione al nostro preventivo n.0084013 del 22 Luglio 2013		0	0.00	0.00	0	21
	CONSEGNA DEL VOSTRO PUNTATORE OCULARE EYEGAZE SYSTEM (Serial n° 983-2020) - CONSEGNA A DOMICILIO E ADDESTRAMENTO ALL' UTILIZZO PRESSO VOSTRO UTENTE (CARTA DOMENICO di Zerfaliu (OR))		1	330.00	330.00	0	21

ASL N. 5 - ORISTANO
 Resp. Proc. _____
 PERVENUTO IL
 20 SET. 2013
 Prot. n. _____ del _____
 Altri _____

Azienda U.S.L. n. 5 - Oristano
 Medicina Fisica e Riabilitazione
 Dirigente Medico
 Dott. Scudis Silvio
 18/10/13

Lavoro eseguito. Verificato dopo con parlato con i familiari del pz. L'assistenza è stata interrotta all'arrivo tecnologico in ospedale.

Totale Merce	Sconto	Netto Merce	Costi Trasporto	Varie	Spese Incasso	Totale Importo
€ 330.00		€ 330.00				€ 330.00

Disponibili	Aliquota IVA	Importo IVA	Totale Fattura	Totale da Pagare
€ 330.00	21 %	€ 69.30	€ 399.30	€ 399.30

Trasporto a cura	Causale Di Trasporto	Porto	Colli	Aspetto	Peso	Data Partenza
	VENDITA		0			0

Autore	Firma Conducente	Firma Destinatario

Autore	Data Partenza	Firma Vettore

CONTRIBUTO AMBIENTALE CO.NA.I ASSOLTO

P.A.C. srl
 Sede legale e operativa : via Sebastiano Satta, 20 - 09127 Cagliari - P.I. 01754780920
 Tel. 070-670795 Fax 070-660785 - Email: commerciale@pac-informatica.com
 www.pac-informatica.com - www.tecnosistemi.com