

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

Foe
14/3/14
Jovan

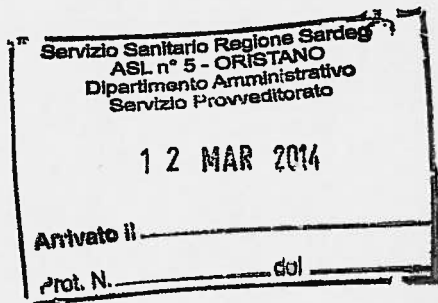
Prot. NP/2014/2782

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

Oristano, li 11.03.2014

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° 17327 del 11.03.2014, 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]

- Ventilatore polmonare BILEVEL con smart card, codice ISO 03.03.15;
- N° 3 maschera Full Face Ultra Mirage mis. M;
- N° 3 tubi di raccordo ventilatore;
- N° 12 filtri antipolvere;

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 _____ Cell. mobile _____ N. _____

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica _____
Valutazione del deficit 7337-
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

*Obso del Ventilatore durante il sonno e inalatore ad azione
Muscolare di Sinf. Agnetto e le sue compresse controllate e
metaboliche -*

Tempi di impiego previsti:
Se usate durante il sonno con le seguenti prescrizioni

PRESIDI PROPOSTI

IPAP 18 CPAP 7

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
<i>Ventilatore BILVEL con START CARD</i>	<i>601.11.01</i>		<i>1</i>
<i>Maschera Full face Vetro Large M</i>			<i>3</i>
<i>Tubo di ricambio Ventilatore - p</i>			<i>3</i>
<i>Filtri antipolvere -</i>			<i>12</i>

Qualora il presidio non sia espressamente contemplato nel NT e sia riconducibile, ai sensi del comma 5 dell'art. 1 del M 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

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 _____ 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

De. 04-03-2014

Lo Specialista

Azienda A.S.L. n°5 - ORISTANO
Presidio Pneumotisiologico
Dott.ssa Pietrina Murgia

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



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

4 / 42

CONDIZIONI ECONOMICHE

Conferme e presunto voluto per il p. [redacted] [redacted]

Lotto 1

Voce	Descrizione/Modello Offerto	q.tà	Prezzo Unitario Offerto
1	Ventilatore Bilevel con smartcard e umidificatore. Cod. ISO 03.03.15 Devilbiss Bilevel S DV65 (SL99400065) umidificatore DV6HH (SL99400150) SmartLink Module (SL10903499)	1	€ 831,60
2	Maschera vented Full Face Resmed MIRAGE QUATTRO FX FPM - mis M (SL10903691)	2	€ 105,26
3	Circolo paziente da 180cm Teleflex in PVC (SL10130010)	2	€ 120,12
4	Filtro antibatterico Covidien Barrierbac (SL10110052)	2	€ 184,00
5	Filtro antipolvere (SL10903490)	12	€ 4,50
		12	€ 2,50
			€ 1,30

Importo totale del lotto 1 a voi offerto: € 1.480,58 (millequattrocentocinquanta euro/58)

Lotto 2

Voce	Descrizione/Modello Offerto	q.tà	Prezzo Unitario Offerto
1	Ventilatore pressometrico autosettante con memoria cardi e con sistema di trasferimento dati, con sistema per individuazione delle apnee centrali, Codice ISO 03.03.15 Resmed S9 Autoset (SL99316035)	1	€ 627,90
2	Maschera vented Full Face Weinmann JOYCE Full Face 40 MPA - Mis. L (SL10913337)	2	€ 80,60
3	Circolo paziente da 180cm Teleflex in PVC (SL10130010)	3	€ 4,50
4/5	Filtro ricambio/macchina Resmed Filtri aria standard per S9 (SL10903730)	8	€ 2,00
6	Umidificatore attivo regolabile Resmed HSI (SL10933055)	1	€ 147,00

Importo totale del lotto 2 a voi offerto: € 965,60 (novecentosessantacinque euro/60)

Servizio Sanitario Regionale
 ASL n° 5 - CRISTANO
 Dipartimento Amministrativo
 Servizio Provveditorato

21 MAR 2014

Arrivato il _____ del _____
 Prot. N. _____

13 MAR 2014
 * [signature]

SAPIO S.p.A.
 Direttore Care e Customer Care Center
 [signature]



SAPIO LIFE - Sede Legale e Uffici Operativi Via S. Andrea, 41 - 00100 Roma (RM)
 Tel. +39 06 6281 - Fax +39 06 6281 - www.sapiospa.it - Albo Registro Imprese
 C.A.B. SOC. e GRUPPO S.p.A. - Cod. Fisc. 01464 - Sede Legale e Uffici Operativi
 Roma, Via S. Andrea, 41 - 00100 Roma (RM) - R.E.A. di Roma e di Roma, 01464 - P. IVA 02000001000
 Note: Pag. A.B.E. (Tribunale di Roma) - Sede legale al n. 41 di Via S. Andrea e corrispondente al n. 41 di Via S. Andrea, 00100 Roma (RM)

Spett.le
AZIENDA USL N°5
VIA Carducci
ORISTANO
c.a Dott. Gesuina Demurtas

Porto Torres 15 05 2013 Prot. 92gd13

OGGETTO: Offerta maschera nasale e facciale

La SAPIO LIFE S.R.L. con sede legale in Monza, Via Silvio Pellico 48, Ufficio delle Imposte Dirette di Monza – Via Marsala n. 13, Codice fiscale, numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Milano 02006400960 – già Registro Ditte R.E.A. n. 1330457 dal 9/3/90, registro delle Imprese di Monza n. MI149-43606, P.I. 02006400960 – con la presente sottopone alla Vs. cortese attenzione la propria migliore offerta per quanto in oggetto:

CONDIZIONI DI FORNITURA:

- **Pagamento :** 60 GG rimessa diretta.
- **Validità offerta:** tutto il 2013
- **Consegna :** 2/15g dall' ordine presso vostri locali



Si dichiara che il materiale offerto è certificato CEE e la classe di appartenenza di cui alla DIR CEE 93/42

DESCRIZIONE	Costo unitario	Costo Totale	CND	RDM
N° 1 Maschera Ultra Mirage misura M completa di cuffia reggi maschera, dispersore Co2	180,00	180,00	R03010199	16145/R
N° 1 maschera nasale Profile Lite M.	90,00	90,00	R03010105	47855/R
TOTALE		190,00		
TOTALE CON IVA 4%		197,60		

In attesa di un Vs. gentile cenno di riscontro in merito, con l'occasione porgiamo i ns. più distinti saluti.

SAPIO LIFE SRL

Rif commerciale
Diana Gianmario
Tel 399058125
e-mail g.diana@sapio.it

PROSPETTO AFFIDAMENTO FORNITURA N° 1 VENTILATORE BILEVEL COMPLETO DI CONSUMABILI PER IL PRIMO UTILIZZO

Ditta SAPIO LIFE

PUNTO	DESCRIZIONE	QUANTITA'	PREZZO UNIT.	TOTALE
1	VENTILATORE BILEVEL CON SMART CARD E UNIDIFICATORE DEVILBISS BILEVEL S DV55 (SL99400055)	1	831,6	€ 831,60
2	UMIDIFICATORE DV5HH (SL99400150)	1	106,26	€ 106,26
3	SMARTLINK MODULE (SL 10903499)	1	120,12	€ 120,12
4	MASCHERA FULL FACE ULTRA MIRAGE RESMED completa di cuffia reggi maschera e dispersore CO2- MISURA M	2	€ 180,00	€ 360,00
5	CIRCUITO PAZIENTE CM 180 TELEFLEX IN PVC (SL10130010)	3	€ 4,50	€ 13,50
6	FILTRO ANTIPOLVERE (SL10903490)	12	€ 1,30	€ 15,60
TOTALE i.v.a. esclusa				€ 1.447,08
I.V.A. 4%				€ 57,88
TOTALE i.v.a inclusa				€ 1.504,96

Allegato n° 4 alla Determinazione
 della Provveditoria n° 647
 Compreso di n° 1 fogli