

P.O. San Martino - Servizio Farmacia Interna

Oristano, 07/04/2014

Prot. AP/2014/6019

Oggetto: Dispositivi dedicati ventilatore IVENT201

**Al Responsabile del
Provveditorato
Dottssa Demurtas**

Si richiede con la presente di prorogare per l'anno 2014 la fornitura del dispositivo, cod areas 1187491 circuito paziente Y-Type cod ditta M1162026 di cui alla Determina N 3097 del 29/10/2013 ditta Medigas, e l'ampliamento della fornitura dello stesso di numero 100 pz come da richiesta allegata.

Il circuito Y-Type cod ditta M1162026, è necessario e indispensabile per l'utilizzo del ventilatore IVENT201 attualmente in uso presso l' U.O. di Anestesia e Rianimazione nuovo corpo DEA e in dotazione anche all' U.O. di Pronto Soccorso.

Si rammenta che nell'anno 2013 a seguito di ordinaria verifica dei beni in entrata in codesto servizio, il dispositivo richiesto cod areas 1162716 circuito paziente Y-Type cod ditta GE M1161009, presentava mancata corrispondenza in termini di codici ditta con il prodotto ordinato e rilevato nella banca dati del Ministero della Salute, pertanto il servizio di Farmacia Ospedaliera contestava la fornitura dei circuiti di cui sopra alla ditta Medigas.

Successivamente la ditta Medigas, concordò il ritiro dei circuiti non conformi e propose la fornitura degli stessi, correttamente aggiornati nel Repertorio Dispositivi Medici alle medesime condizioni economiche dei precedenti, cod areas 1187491 circuito paziente Y-Type ventilatore ivent cod ditta M1162026 .

Si coglie l'occasione per porgere distinti saluti.

Il Direttore della Farmacia
Dr. Luigi Cozzoli



Dr.ssa Daniela Checquolo

U.O. Pronto Soccorso
12.02.2014

1) caso

Oggetto: dichiarazione scelta Ditta

Si dichiara che la strumentazione/prodotto CIRCUITO PAZIENTE VENTILATORE VENT può essere fornita/o, con i requisiti tecnici ed il grado di perfezione richiesti, solo ed esclusivamente dalla Ditta HENIGAS e che non sono disponibili in commercio altri prodotti ugualmente idonei allo scopo. cos. ditta M 1162026
201

Si precisa pertanto che ricorrono le condizioni di cui all'art. 57 comma 2 lettera b D.lgs. 163/06 e s.m.i.

Azienda Sanitaria n. 5 - Oristano
P.O. S. Martino
U.O. Pronto Soccorso
Dott.

FABRISOGNO ANNO 2014
PEZZI 100 -

2) caso

Oggetto: dichiarazione scelta Ditta per privata

Si dichiara che la strumentazione/il prodotto _____, indispensabile e insostituibile per l'esecuzione di _____, può essere fornita/o in regime di privata industriale, esclusivamente dalla Ditta _____. Il prodotto di cui trattasi non può essere sostituito con altri analoghi.

Si precisa pertanto che ricorrono le condizioni di cui all'art. 57 comma 2 lettera b D.lgs. 163/06 e s.m.i.

3) caso

Oggetto: dichiarazione scelta Ditta per fornitura complementare a quella effettuata dal fornitore originario (*rinnovo parziale di forniture o impianti di uso corrente/ampliamento di forniture o impianti esistenti*)

Si dichiara che la strumentazione/il prodotto _____, indispensabile e insostituibile, per l'esecuzione di _____, può essere fornita/o in regime di privata industriale, esclusivamente dalla Ditta _____. Il prodotto di cui trattasi non può essere sostituito con altri analoghi.

Si precisa pertanto che ricorrono le condizioni di cui all'art. 57 comma 3 lettera b D.lgs. 163/06 e s.m.i.

FAX

Allegato n° 2 alla determinazione
 Serv. Provveditorato N° _____ del _____
 Composto di n° 5 fogli.

To: 00785560215
 Company:
 Fax: 00785560215
 Phone:

From: MEDIGAS ITALIA S.r.l. - Via Edison, 6 - 20090 ASSAGO
 Fax: 0248881150
 Phone: 0248881111
 E-mail: vdipfax@praxair.com

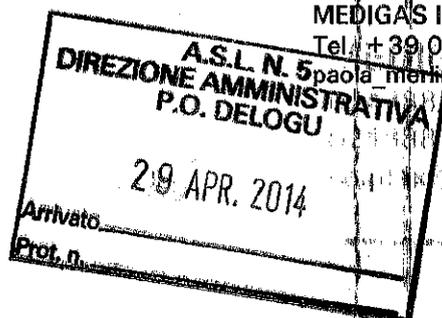
NOTES:

in allegato ns prot. n. 171/14

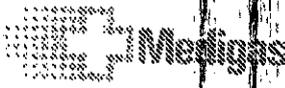
Cordiali saluti

Paola Merlini
 Ufficio Gare

MEDIGAS ITALIA S.r.l. | I-20090 Assago (MI) - Via Edison, 6
 Tel. +39 02 48881135 - Fax +39 02 48881150
paola.merlini@siad.eu | www.medigas.it



Date and time of transmission: Tuesday, April 29, 2014 10:32:48 AM
Number of pages including this cover sheet: 05



Point hospital la coupe

MEDIGAS HEALTH S.P.A.
I-20090 Assago (MI) - Via Belloni, 1
Tel. +39 02 4833111 - Fax +39 02 4833150
www.medigas.it
Capitale Sociale € 4.000.000.000
Reg. Imprese Milano n. 02/224479
REA Milano L982123
C. F. 02466480767 - P. IVA 11661800765

Numero Verde
800-210611

Spettabile
AZIENDA U.S.L. 5 ORISTANO
Servizio provveditorato
VIA CARDUCCI, 35
09170 ORISTANO

Assago, 28/04/2014

Prot. n. 171/14/GF/pm

OGGETTO: Conferma prezzi per la fornitura di dispositivi medici Circuiti paziente per Ventilazione -Vent 201 - cod. M1162025 - Anno 2014

Con riferimento alla Vs richiesta Prot. n. PG/2014/29144 del 23.04.2014, la presente per confermarVi la ns. disponibilita alla prosecuzione della fornitura di cui all'oggetto alle medesime condizioni attualmente in essere per tutto l'anno 2014.

Ci è gradita l'occasione per porgere distinti saluti.

MEDIGAS HEALTH S.P.A.
L'Amministratore Delegato
Dott. Giancarlo FONTANA





ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

SERVIZIO
PROVVEDITORATOOristano li 23.06.2014Prot. PG/2014 2264RIE. PRATICA D. PIRAS
TEL. 0785 560238 - FAX 0785 560215

Oggetto: Richiesta conferma e/o miglgoria prezzi per la fornitura di dispositivi medici Circuiti paziente per Ventilazione IVENT201 cod. M1162026 - Anno 2014.

SPETT.LE DITTA
MEDIGAS - ASSAGO
FAX 0248881150

Con la presente, in riferimento alla Vs offerta GR13028537ar del 03.10.2013 e alla Determinazione n.3097 del 29.10.2013 per la fornitura di materiale dedicato per i ventilatori polmonari Ivent 201 in dotazione alla rianimazione del P.O. San Martino di Oristano cod. M1162026, si invita Codesta Spett.le Ditta a dichiarare la propria disponibilità alla conferma/miglgoria prezzi per l'anno 2014 dei prodotti indicati.

Si invita inoltre a valutare e presentare proposte rispetto alla contrazione delle prestazioni connesse allo specifico contratto che consentano di ridurre in percentuale l'importo del medesimo.

Il rinnovo contrattuale che l'Azienda si riserva di concludere non impegna la stessa all'acquisto delle quantità presunte precisate nell'allegato sopraccitato, potendo le stesse essere variate conseguentemente a mutate esigenze dell'ASL n. 5, senza che Codesta Ditta abbia a pretendere variazioni rispetto al prezzo di aggiudicazione.

Gli approvvigionamenti verranno disposti mediante appositi ordinativi di fornitura, su proposta della Farmacia Ospedaliera del P.O. San Martino, sulla base delle effettive necessità delle UU.OO dell'Azienda, e nessuna pretesa potrà muovere Codesta Ditta per eventuali variazioni in aumento e/o in diminuzione.

La conferma delle condizioni contrattuali, che Codesta Ditta dovrà proporre per tutto l'anno 2014, non vincola l'Amministrazione all'acquisto dei prodotti per l'intero periodo di validità dell'offerta.

L'Azienda si riserva infatti di revocare l'affidamento della fornitura antecedentemente alla scadenza del rinnovo contrattuale nei casi sottoelencati:

- qualora si decidesse l'interruzione dell'attività espletata direttamente dalla ASL o la soppressione del servizio;
- a seguito di Convenzioni Consip S.p.A. o altre Convenzioni nazionali e/o regionali relative a fornitura analoghe a quelle oggetto del presente rinnovo, alle quali la ASL è obbligata ad aderire ai sensi della normativa vigente;
- a seguito di sopravvenuta stipulazione di nuovi contratti di beni o

servizi oggetto della presente fornitura, sulla base di aggiudicazioni di gare centralizzate disposte dalla Regione Sardegna ovvero da CONSIP.

La Ditta dovrà presentare presso la sede legale dell'ASL n. 5 - Servizio Provveditorato a mezzo posta elettronica e/o fax al numero **0783/73315**, possibilmente entro _____:

- conferma e/o migliore dei prezzi, patti e condizioni della fornitura indicata in oggetto;
- copia della presente lettera, timbrate e firmate o siglate per accettazione su ogni foglio;
- eventuali proposte per la riduzione dei costi/percentuali di sconto applicate

Il prezzo dovrà essere comprensivo d'imballo, carico, scarico, trasporto presso la farmacia indicata nell'ordine.

Tutti i materiali forniti all'Azienda Sanitaria dovranno essere conformi alle disposizioni di legge vigenti ed alle norme U.E., dovranno essere esenti da difetti ed imperfezioni e la Ditta è ritenuta responsabile dei danni causati alle persone ed ai beni in conseguenza di tali imperfezioni.

Quest'Azienda si riserva la facoltà di procedere alla verifica degli articoli forniti e di respingere quelli non conformi all'ordine e alle condizioni contrattuali.

FATTURAZIONE E PAGAMENTI:

La Ditta dovrà emettere preferibilmente fattura elettronica da presentarsi in file con formato .pdf e firmate digitalmente con estensione .pdf.p7m da inviarsi al seguente indirizzo di posta elettronica: protocollo@pec.asloristano.it.

In alternativa si potrà presentare fattura cartacea al seguente indirizzo: AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 5 - Via Carducci 35 - 09170 ORISTANO - P.I. 00681110953.

La fattura dovrà **obbligatoriamente riportare:**

1. **in numero del CIG indicato nell'ordinativo di fornitura;**
2. **il numero e la data dell'ordine al quale si riferisce la fornitura;**
3. **gli estremi del documento di trasporto.**
4. **il magazzino destinatario della fornitura**

L'assenza di tali indicazioni potrebbe ritardare/impedire l'emissione dell'ordinativo di pagamento senza che all'Azienda Sanitaria possa essere applicata alcuna penale per il ritardato pagamento.

I pagamenti verranno effettuati nel termine di 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura in subordine all'accertamento della regolarità della fornitura. Nel caso in cui la fattura venga emessa prima dell'accertamento della regolarità della fornitura il conteggio dei 60 giorni inizierà a decorrere dalla data della verifica di regolare esecuzione, in conformità a quanto indicato nel D.Lgs. 192/2012.

Eventuali comunicazioni di contestazione per difformità qualitativa della fornitura trasmesse dall'Azienda Sanitaria n° 5, rispetto a quanto ordinato, interrompono i termini di pagamento dei prodotti oggetto di contestazione, fino alla

sostituzione di questi con altri analoghi e rispondenti a quanto richiesto dall'Azienda Sanitaria.

Ai sensi dell'art. 9, comma 1, della Legge n. 136/2010, il pagamento dei corrispettivi dovuti sarà accreditato, mediante bonifico sul conto corrente bancario/postale, dedicato anche alle forniture oggetto del presente affidamento. In ciascun bonifico dovrà essere indicato il CIG dedicato inerente al singolo Contratto di Fornitura.

La Ditta si impegna a comunicare tempestivamente all'ASL le eventuali modifiche del sopra indicato conto corrente dedicato e delle persone delegate ad operare sullo stesso.

La Ditta attesta, con la restituzione della presente lettera, di essere in possesso dei sotto indicati requisiti di carattere generale e di idoneità professionale:

a) insussistenza di tutte le cause di esclusione indicate nell'art. 38 del D.Lgs. n° 163/2006 e s.m.i.;

b) iscrizione nel registro delle imprese presso la C.C.I.A.A. ovvero in analogo registro dello Stato di appartenenza, se trattasi di concorrenti stabiliti in altri stati membri dell'Unione Europea (art. 39 commi 2 e 3 del D.Lgs. n° 163/2006 e s.m.i.);

nonché di essere in possesso dei requisiti di capacità economico finanziaria e tecnico organizzativa tali da garantire il regolare espletamento delle forniture oggetto della presente richiesta.

La Ditta si impegna a rispettare tutte le clausole di cui al piano per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 639 del 31/07/2013 e pubblicato nel sito web dell'ASL nella sezione "trasparenza", finalizzato anche alla prevenzione dei tentativi d'infiltrazione della criminalità organizzata nel settore dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture e di accettarne incondizionatamente il contenuto e gli effetti.

Per eventuali controversie che potranno insorgere tra l'ASL n. 5 e la Ditta fornitrice è competente il Foro di Oristano.

Eventuali chiarimenti e/o informazioni in merito alla presente procedura potranno essere richieste al referente dell'istruttoria.

In attesa di cortese riscontro si porgono distinti saluti.

M. G. Demurtas
 MEMORIAL S. CARLO S.r.l.
 L'Amministratore Delegato
 Dott. Giancarlo Fontana

Il Direttore del Servizio
 Provveditorato
 Maria Gesuina Demurtas

ASL 5 Oristano
 Il Direttore del Servizio
 D.ssa M.G. Demurtas

Via Carducci, 35
 09170 Oristano
 Tel. 0783 317780 Fax 0785 560215

www.asloristano.it

ASL Oristano
 Pag. 1 di 1

