

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

Prot. NP/2014/6503

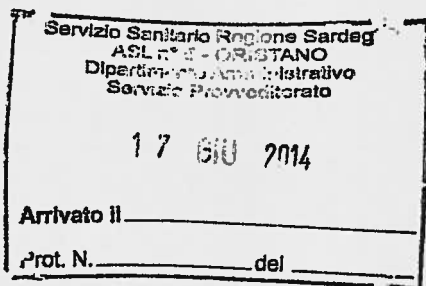
Allegato n° 1 alla determinazione  
Serv. Provveditorato n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Composto di n° 2 fogli

Oristano, li 16.06.2014

Foa  
18/6/2014  
H7

UFFICIO PROTESI - DISTRETTO

OGGETTO: assistiti aventi diritto per acquisto presidi  
sanitari D.M. 27 agosto 1999, n. 332.  
D.P.C.M. 05/03/07, art. 6.



Al Servizio Acquisizione Beni

SEDE

In riferimento alla richiesta del Sig. [redacted] prot. n° 41438 del 16.06.2014, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da [redacted] allegato alla presente si trasmette la richiesta per la sostituzione dei presidi sanitari di cui all'oggetto, dell'assistito [redacted]

- Sostituzione integrale di esoprotesi, codice ISO 21.45.18.003;

N.B.; il paziente ha in dotazione Microprocessore retroauricolare "Nucleus Freedom", prodotto e commercializzato esclusivamente dalla ditta Cochlear Italia srl;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO  
- Dr. Antonio Delabona -

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO  
- Fausto Spanu -

PARTE I DATI ANAGRAFICO-AMMINISTRATIVI	1 - NUMERO DI PRATICA [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	2 - DATA PRESENTAZIONE DOMANDA [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	3 - TIPO DI FORNITURA <table style="font-size: small;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td><td>1ª fornitura</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td><td>riserva</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td><td>rinnovo</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td><td>riconducibilità</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td><td>riparazione</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6</td><td>sostituzione</td> </tr> </table>		1	1ª fornitura	4	riserva	2	rinnovo	5	riconducibilità	3	riparazione	6	sostituzione																																				
	1	1ª fornitura	4	riserva																																																
	2	rinnovo	5	riconducibilità																																																
	3	riparazione	6	sostituzione																																																
	4 - RICHIEDENTE: Cod. Reg. le Assistito [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	Data di nascita [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	sesso M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>																																																	
cognome _____ nome _____		codice residenza [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]																																																		
5 - RESIDENZA ANAGRAFICA via _____ n. _____ comune _____ tel. _____																																																				
6 - POSIZIONE NELLA PROFESSIONE _____ codice _____		7 - AVENTI DIRITTO <input type="checkbox"/> INVALIDITÀ ACCERTATA <input type="checkbox"/> MINORI DI ANNI 18 <input type="checkbox"/> INSTANTI NELLE CONDIZIONI DI CUI ALL'ART. 1 - L. 18/80 <input type="checkbox"/> STOMIZZATI <input type="checkbox"/> AMPUTATI																																																		
PARTE II DIAGNOSI, PRESCRIZIONE, PREVENTIVO	8 - DIAGNOSI _____ cod. diagnosi [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]																																																			
	9 - PRESCRIZIONE DEL MEDICO SPECIALISTA ABILITATO (v. albo prescrittori) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">presidio prescritto</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">codice relativo</td> </tr> <tr> <td>sostituzione</td> <td>214518003</td> </tr> <tr> <td>speech processor</td> <td style="border: 1px solid black;">/</td> </tr> <tr> <td>Freedom lato sx</td> <td style="border: 1px solid black;">/</td> </tr> <tr> <td>con processore ad alto rate</td> <td style="border: 1px solid black;">/</td> </tr> <tr> <td>Nucleus6-CP910</td> <td style="border: 1px solid black;">/</td> </tr> </table>		presidio prescritto	codice relativo	sostituzione	214518003	speech processor	/	Freedom lato sx	/	con processore ad alto rate	/	Nucleus6-CP910	/	10 - <input type="checkbox"/> PREVENTIVO DELLA DITTA FORNITRICE (protesi allegato A) <input type="checkbox"/> IMPORTO FORNITURA PER RICONDUCIBILITÀ (art. 2 c. 4 D.M. 28/12/82) <input type="checkbox"/> FORNITURA DI AUSILI TECNICI (allegato B) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 25%;">codice</th> <th style="width: 25%;">n. pezzi</th> <th style="width: 25%;">prezzo</th> <th style="width: 25%;">I.V.A.</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right;">totale _____</td> <td> </td> </tr> </table>		codice	n. pezzi	prezzo	I.V.A.																													totale _____			
	presidio prescritto	codice relativo																																																		
	sostituzione	214518003																																																		
	speech processor	/																																																		
Freedom lato sx	/																																																			
con processore ad alto rate	/																																																			
Nucleus6-CP910	/																																																			
codice	n. pezzi	prezzo	I.V.A.																																																	
totale _____																																																				
IL MEDICO SPECIALISTA PRESCRITTORE  _____ (firma) _____ codice _____		data _____ _____ (timbro presidio di riferimento) cod. Ditta [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]																																																		
data <u>090614</u>																																																				
PARTE III DICHIARAZIONI RICHIEDENTE	11 - IL RICHIEDENTE, VISTA LA PRESCRIZIONE, DICHIARA:																																																			
	<input type="checkbox"/> di scegliere la ditta _____ <input type="checkbox"/> di impegnarsi a sottoporre a collaudo del medico prescrittore la protesi che riceverà, entro 10 giorni successivi alla consegna <input type="checkbox"/> di non aver ottenuto quanto prescritto da altre istituzioni od enti, né di richiederlo successivamente <input type="checkbox"/> di impegnarsi a restituire la protesi ricevuta qualora non sia più necessaria od idonea alle proprie esigenze <input type="checkbox"/> di essere a conoscenza della gratuità della fornitura dei presidi del N.T. e della illegittimità di richiesta di pagamento da parte della ditta fornitrice <input type="checkbox"/> di essere a conoscenza delle procedure per la fornitura dei presidi riconducibili al Nomenclatore Tariffario <p style="text-align: right;">Firma del RICHIEDENTE (o di chi ne ha la tutela)</p> _____ data [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]																																																			
PARTE IV AUTORIZZAZIONE	12 - VERIFICATE LE CONDIZIONI DI AVENTE DIRITTO DEL RICHIEDENTE E DI CONCEDIBILITÀ DEL PRESIDIO PRESCRITTO SI AUTORIZZA LA SPESA PER:																																																			
	<input type="checkbox"/> la fornitura della protesi prescritta per l'importo (globale comprensivo dell'IVA) di Lire [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] <input type="checkbox"/> la fornitura degli ausili tecnici prescritti per l'importo (globale comprensivo dell'IVA) di Lire [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Numero Registro [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Prot. n. [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] data [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] IL RESPONSABILE DELL'AUTORIZZAZIONE (v. albo autorizzatori) A.S.L. n. [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] _____ (firma) _____ codice _____																																																			
PARTE V CONSEGNA	13 - CONSEGNA dalla ditta fornitrice _____ ricevo A) la protesi matricola n. _____ B) la protesi acustica n. _____ presidio n. _____ data [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Il Richiedente _____ _____ (firma) _____																																																			
	14 - CERTIFICAZIONE DEL COLLAUDO AVVENUTO IN DATA [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] SI ACCERTA la rispondenza del presidio dal lato funzionale e la sua conformità alla prescrizione matricola del presidio _____ firma del medico prescrittore e collaudatore _____																																																			

**SPETT.LE**  
**ASL Oristano**

**Referente Istruttoria**  
**Alla c.a.: Sig.ra Eleonora Faa**

Bologna, 30/06/2014  
Rif. Int.: Prot. 2014\_009

Trasmissione via mail: [provveditorato@asl.oristano.it](mailto:provveditorato@asl.oristano.it)  
[eleonora.faa@asl.oristano.it](mailto:eleonora.faa@asl.oristano.it)

**OGGETTO: OFFERTA ECONOMICA PER L'ACQUISTO DI N. 1 Processore Serie Nucleus 6**  
**RIF.VS PROT. PG/2014/43860/E.F**

SOCIETA' OFFERENTE: COCHLEAR ITALIA SRL  
SEDE LEGALE : Via Larga, 33 - 40138 Bologna  
C.F. e P.IVA: 02504711207  
Tel. 051 601 53 30 - Fax 051 392062 - e-mail [cochlearitalia@cochlear.com](mailto:cochlearitalia@cochlear.com)

#### **OFFERTA ECONOMICA**

Con la presente, si propone la nostra migliore offerta per la fornitura di un Processore Serie Nucleus 6 Mod. CP910

<b>CODICE PRODOTTO</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	<b>PREZZO UNITARIO A VOI RISERVATO, IVA ESCLUSA</b>	<b>I.V.A.</b>	<b>Q.TA'</b>	<b>CODICE DPCM</b>	<b>PREZZO A VOI RISERVATO IVA 4% INCLUSA</b>
CN6-C3	Processore Mod. CP910 serie CP900 completo di accessori funzionali alla protesi attualmente disponibile nei colori beige, marrone, nero e grigio	10.500,00	4%	1	21.45.18.003	10.920,00

#### **Dettaglio configurazione proposta**

La configurazione offerta comprende quanto segue:

- Processore retroauricolare (completo di vano da n. 2 batterie monouso)
- n. 1 bobina
- n. 2 magneti
- accessori vari funzionali all'utilizzo della protesi

- ✓ La società Cochlear Italia s.r.l. distribuisce e commercializza, i prodotti a marchio Cochlear in esclusiva su tutto il territorio nazionale.
- ✓ I prezzi offerti sono congrui e allineati alle quotazioni praticate a livello nazionale.

### CONDIZIONI GENERALI DI FORNITURA

CONSEGNA DISPOSITIVI:	entro 10 giorni dalla data di ricevimento del Vs. ordinativo
SPESE DI IMBALLO E TRASPORTO:	a nostro carico
ALIQUOTA I.V.A.:	come indicato in offerta
PAGAMENTO:	60 gg. data fattura
GARANZIA:	conforme alla garanzia internazionale offerta da Cochlear Ltd.. Si precisa che la garanzia sarà attivata a fronte della ricezione della scheda di registrazione (contenuta nella confezione del documento illustrativo del processore) debitamente compilata e firmata.
RIFERIMENTI BANCARI:	HSBC Bank plc. IBAN: IT55 X030 2101 6000 0701 3675 020

Cordiali saluti  
Alberto Golinelli

**COCHLEAR ITALIA SRL**  
Via Lario, 22  
41038 BOLOGNA  
ITALIA  
P. I. 030711207

Legale Rappresentante  
Cochlear Italia srl

Cochlear Italia S.r.l. informa di aver attuato un modello di organizzazione e di gestione rispondente ai requisiti richiesti dal Decreto 231/2001 ("Modello") ed intende sensibilizzare tutti coloro che operano in rapporti di cui sia parte Cochlear Italia S.r.l., affinché seguano, nell'espletamento delle proprie attività, comportamenti corretti e lineari, tali da prevenire il rischio dei reati contemplati dal decreto.

Cochlear Italia S.r.l. invita pertanto i propri partners, rappresentanti e controparti contrattuali a prendere visione del Modello sul sito [www.cochlear.it](http://www.cochlear.it), affinché siano consapevoli dei rischi nei quali possono incorrere, in caso di violazioni delle disposizioni ivi riportate e collaborino con Cochlear Italia S.r.l. per la migliore attuazione dei principi etico-sociali a cui Cochlear Italia S.r.l. si ispira e intende attenersi nel perseguimento del proprio oggetto sociale.