



## P.O. San Martino - Servizio Farmacia Interna

Oristano, 18/11/2014

Prot. SP/2014/12693

Oggetto: PALLONE AUTOESPANDIBILE TIPO AMBU

Al Responsabile del  
Provveditorato  
Dott.ssa Demurtas

La presente chiede, in attesa dell'espletamento della gara regionale lettera R della CND di avviare una procedura d'acquisto per pallone autoespandibile tipo AMBU, da destinare alle emergenze respiratorie, con le seguenti caratteristiche tecniche:

unità respiratoria portatile tipo AMBU in PVC o silicone o altro materiale medicale, per la ventilazione manuale del paziente, provvisto di valvole unidirezionali, pallone autoespandibile, reservoir per ossigeno con attacco universale, ridotto spazio morto, connettori universali, in confezioni singole per adulti con capacità di 2 litri e pediatrico con capacità di 1 litro.

Si presuppone un fabbisogno di numero 15 pezzi cadauno.

Si possono contattare quali possibili ditte fornitrici la Teleflex, Sanifarm, Medica, Smiths Medical, Rush, Tyco etc. Si chiedono per una corretta valutazione dei prodotti offerti schede tecniche aggiornate comprensive di CND e RDM.

In attesa di cortese riscontro,

Si coglie l'occasione per porgere distinti saluti.

X Il Direttore della Farmacia  
Dr. Luigi Cozzoli

Dr.ssa Daniela Checquolo

acquistinretepa.it  
Il tuo bene e la tua fantasia

Dati generali della procedura

Numero RDO:	683972
Descrizione RDO:	FORNITURA DI PALLONE AUTOESPANSIBILE TIPO AMBU
Criterio di aggiudicazione:	Prezzo piu' basso
Numero di Lotti:	1
Unità di misura dell'offerta economica:	Valori al ribasso
Amministrazione titolare del procedimento	AUSL 5 ORISTANO 00681110953 Via Carducci, 35 ORISTANO OR
Punto Ordinante	Maria Gesuina Demurtas
Data e ora inizio presentazione offerte:	02/12/2014 09:39
Data e ora termine ultimo presentazione offerte:	12/12/2014 19:00
Data e ora termine ultimo richiesta chiarimenti:	04/12/2014 10:30
Data Limite stipula contratto (Limite validità offerta del Fornitore)	22/01/2015 13:50
Giorni dopo la stipula per Consegna Beni / Decorrenza Servizi:	7
Bandi / Categorie oggetto della RDO:	BSS - Beni e Servizi per la Sanità
Numero fornitori invitati:	4
Segnalazione delle offerte anomale:	si

Lotto 1 - Dettagli

Denominazione lotto	FORNITURA DI PALLONE AUTOESPANSIBILE TIPO AMBU
CIG	
CUP	
Dati di consegna	Servizio farmacia ospedaliera P.O. "S. Martino" Via Rockefeller Oristano - 09170 (OR)
Dati di fatturazione	Aliquota IVA di fatturazione: 22% Indirizzo di fatturazione: Via carducci n° 35 Oristano - 09170 (OR)
Termini di pagamento	60gg df
Importo presunto di fornitura	180,00

## Lotto 1 - Schede tecniche

<b>Nome Scheda Tecnica</b>	Palloni reservoir per anestesia e rianimazione
<b>Quantita'</b>	30

I campi contrassegnati con \* sono obbligatori

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
1	* Denominazione commerciale	Tecnico	Nessuna regola	
2	* Articolo fornitore	Tecnico	Nessuna regola	
3	* Unità di misura	Tecnico	Lista di scelte	• Pezzo
4	* Marca	Tecnico	Nessuna regola	
5	* Articolo produttore	Tecnico	Nessuna regola	
6	Descrizione tecnica	Tecnico	Nessuna regola	
7	* Codice CND	Tecnico	Lista di scelte	• R03020101 • R03020199
8	* Materiale	Tecnico	Nessuna regola	
9	* Luogo di produzione	Tecnico	Nessuna regola	
10	* Monouso	Tecnico	Lista di scelte	• NO • SI
11	* Sterile	Tecnico	Lista di scelte	• NO • SI
12	* Modalità di risterilizzazione	Tecnico	Lista di scelte	• NO • E.T.O. • Autoclave a vapore
13	* Latex free	Tecnico	Lista di scelte	• NO • SI
14	* Volume (l)	Tecnico	Lista di scelte	• 500 • 750

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1000</li> <li>• 1500</li> <li>• 2000</li> <li>• 2500</li> <li>• 3000</li> <li>• 5000</li> </ul>
15	* Misura connettore (mm)	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 22M</li> <li>• 22F</li> </ul>
16	* Prezzo	Economico	Nessuna regola	

Documentazione Allegata alla RdO.

Descrizione	Riferimento	Documento
CARATTERISTICHE TECNICHE	FORNITURA DI PALLONE AUTOESPANSIBILE TIPO AMBU	<u>Allegato Tecnico N1.pdf (31.02KB)</u>
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA	Gara	<u>Dichiarazione Sostitutiva Cottimi.pdf (80.42KB)</u>
LETTERA D'INVITO	Gara	<u>Richiesta Preventivo Allegato Tecnico.pdf (233.15KB)</u>

Richieste ai partecipanti

Descrizione	Lotto	Tipo Richiesta	Modalita' risposta	Obbligatorio	Documento unico per operatori riuniti
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA	Gara	Amministrativa	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si
LETTERA DI INVITO	Gara	Amministrativa	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si
CARATTERISTICHE TECNICHE	FORNITURA DI PALLONE AUTOESPANSIBILE TIPO AMBU	Tecnica	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si
Offerta Economica	FORNITURA DI	Economica	Invio	Obbligatorio	Si

(fac-simile di sistema)	PALLONE AUTOESPANSIBILE TIPO AMBU	telematico con firma digitale	
-------------------------	---	-------------------------------------	--

Elenco fornitori invitati

Nr.	Ragione Sociale	Partita iva	Codice fiscale
1	MEDICA SRL	01269090930	01269090930
2	SANIFARM S.R.L.	00288550924	00288550924
3	SMITHS MEDICAL ITALIA	02154270595	02154270595
4	TELEFLEX MEDICAL	02804530968	06324460150

**Oggetto:** Fwd: fornitura palloni autoespansibili tipo AMBU

**Mittente:** Farmacia Ospedale San Martino Oristano <farmaciaor@asloristano.it>

**Data:** 26/01/2015 14.00

**A:** paola gasparotto <paola.gasparotto@asloristano.it>

**CC:** "gesuina.m demurtas" <gesuina.m.demurtas@asloristano.it>

In riferimento alla trattativa in oggetto vista l'offerta della ditta Teleflex si dichiara che i dispositivi offerti

COD.VBM85-10-196 e cod. VBM85-10-296 sono conformi a quanto richiesto

Saluti

G.Flore

SISTEMA SANITARIO DELLA SARDEGNA

A.S.L. N. 5 ORISTANO

Direttore: Dr. Luigi Cozzoli

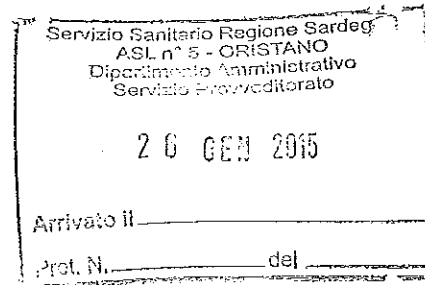
P.O. San Martino

U.O.C.di Farmacia Ospedaliera

Tel. +39 0783 320020

Fax. +39 0783 360055

[famaciaor@asloristano.it](mailto:famaciaor@asloristano.it)



Le informazioni trasmesse sono destinate esclusivamente alla persona o alla società in indirizzo e sono da intendersi confidenziali e riservate.

Ogni trasmissione, inoltre, diffusione o altro uso di queste informazioni a persone o società differenti dal destinatario è proibita.

Se ricevete questa comunicazione per errore, contattate il mittente e cancellate le informazioni da ogni computer.

The information transmitted is intended only for the person or entity to which it is addressed and may contain confidential and/or privileged material.

Any review, retransmission, dissemination or other use of, or taking of any action in reliance upon, this information by persons or entities other than the intended recipient is prohibited.

If you received this in error, please contact the sender and delete the material from any computer.

----- Messaggio inoltrato -----

Da: "paola gasparotto" <paola.gasparotto@asloristano.it>

A: "Farmacia Ospedale San Martino" <farmaciaor@asloristano.it>

Cc: "provveditorato 2" <provveditorato2@asloristano.it>

Inviato: Venerdì, 23 gennaio 2015 11:11:03

Oggetto: fornitura palloni autoespansibili tipo AMBU

Buongiorno Dott.ssa Checquolo,

Le trasmetto per il parere di conformità la documentazione inviata dalla Ditta Teleflex per quanto riguarda la fornitura indicata in oggetto. (RDO 683979)

Cordiali saluti

Paola Gasparotto

-----Allegati-----

palloni ambu chiarimento del 22.01.zip

816 KB

**acquistinretepa.it**

Il Portale degli acquisti della Pubblica Amministrazione

<b>OFFERTA ECONOMICA RELATIVA A:</b>	
Numero RDO	683972
Nome RDO	RDO per aggiudicazione FORNITURA DI PALLONE AUTOESPANSIBILE TIPO AMBU
Criterio di Aggiudicazione	Gara al prezzo più basso
Lotto	Lotto Unico di Fornitura

<b>AMMINISTRAZIONE TITOLARE DEL PROCEDIMENTO</b>	
Amministrazione	AUSL 5 ORISTANO
Partita IVA	00681110953
Indirizzo	Via Carducci, 35 - ORISTANO (OR)
Telefono	0783317780
Fax	078373315
PEC Registro Imprese	PROVVEDITORATO@ASLORISTANO.IT
Punto Ordinante	Demurtas Maria Gesuina

<b>CONCORRENTE</b>	
Ragione Sociale	TELEFLEX MEDICAL Società a Responsabilità Limitata
Partita IVA	02804530968
Codice Fiscale Impresa	06324460150
Provincia sede registro imprese	MB
Numero iscrizione registro imprese	06324460150
Codice Ditta INAIL	5343638
n. P.A.T.	11813140/97
Matricola aziendale INPS	4954282930
CCNL applicato	COMMERCIO
Settore	MEDICALE
Indirizzo sede legale	VIA TORINO 5 - VAREDO (MB)
Telefono	036258901
Fax	0362543179
E-mail di Contatto	GARE@TELEFLEXMEDICAL.COM
Offerta sottoscritta da	<b>BORGONOVO CLAUDIA</b>
L'offerta irrevocabile ed impegnativa fino al	22/01/2015 13:50





<b>OGGETTO (1 DI 1) DELL'OFFERTA</b>	
<b>Descrizione</b>	Palloni reservoir per anestesia e rianimazione
<b>Metaprodotto</b>	Palloni reservoir per anestesia e rianimazione
<b>Quantità Richiesta</b>	30
<b>Dati Identificativi dell'oggetto offerto</b>	
<b>Codice Articolo Fornitore</b>	vbm85-10-196/296
<b>Marca</b>	VBM
<b>Codice Articolo Produttore</b>	vbm85-10-196/296
<b>Nome Commerciale</b>	UNITA' RESPIRATORIA AUTONGONFIABILE
<b>Offerta Tecnica relativamente all'oggetto richiesto</b>	
<b>Parametro Richiesto</b>	<b>Offerta Tecnica</b>
Unità di misura	Pezzo
Descrizione tecnica	UNITA' RESPIRATORIA AUTOGONFIABILE MONOUSO (pallone con rilevatore di pressione, valvola e sacca reservoir, tubo per l'ossigeno)
Codice CND	R03020101
Materiale	PVC
Luogo di produzione	VBM Medizintechnik GmbH Einsteinstr. 172172 Sulz a.N.Germania
Monouso	SI
Sterile	NO
Modalità di sterilizzazione	NO
Latex free	SI
Volume (l)	2000
Misura connettore (mm)	22M
<b>Offerta Economica relativamente all'oggetto richiesto</b>	
<b>Parametro Richiesto</b>	<b>Valore Offerto</b>
Prezzo	25

I costi relativi alla sicurezza afferenti all'esercizio dell'attività svolta dall'impresa di cui all'art. 87, comma 4, del D. Lgs 163/2006 sono pari a Euro 7,50

**OFFERTA ECONOMICA:**  
**750,00 Euro**  
**Settecentocinquanta Euro**

**INFORMAZIONI DI CONSEGNA E FATTURAZIONE**

- Data Limite per Consegna Beni / Decorrenza Servizi: 7 giorni dalla stipula
- Dati di Consegna:  
Servizio farmacia ospedaliera P.O. "S. Martino" Via Rockfeller Oristano - 09170 (OR)
- Dati di Fatturazione:  
Aliquota IVA di fatturazione: 22% Indirizzo di fatturazione: Via carducci n° 35 Oristano - 09170 (OR)
- Salvo diversa indicazione fornita dall'Amministrazione Ordinante nella documentazione allegata alla RdO, la fattura dell'importo complessivo verrà spedita a:  
  
AUSL 5 ORISTANO / CODICE FISCALE: 00681110953
- Termini di pagamento:  
60gg df

## Dichiarazione necessaria per la partecipazione alla Richiesta di Offerta

- Il Fornitore è pienamente a conoscenza di quanto previsto dalle Regole di Accesso ed Utilizzo del Mercato Elettronico della PA relativamente alla procedura di acquisto mediante Richiesta di Offerta (artt. 33, 37, 38, 39).
- Il presente documento costituisce una proposta contrattuale rivolta al Punto Ordinate dell'Amministrazione richiedente ai sensi dell'art. 1329 del codice civile, che rimane pertanto valida, efficace ed irrevocabile sino alla Data Ultima Accettazione sopra indicata.
- Il Fornitore dichiara di aver preso piena conoscenza della documentazione predisposta ed inviata dal Punto Ordinate in allegato alla Richiesta di Offerta, prendendo atto e sottoscrivendo per accettazione unitamente al presente documento, ai sensi di quanto previsto dall'art. 39 delle Regole di Accesso ed Utilizzo del Mercato Elettronico, che il relativo Contratto sarà regolato dalle Condizioni Generali di Contratto applicabili al/ai Bene/i Servizio/i offerto/i, nonché dalle eventuali Condizioni particolari di Contratto predisposte e inviate dal Punto Ordinate, obbligandosi, in caso di aggiudicazione, ad osservarle in ogni loro parte.
- Il Fornitore dichiara che con riferimento alla presente Richiesta di Offerta non ha in corso né ha praticato intese e/o pratiche restrittive della concorrenza e del mercato vietate ai sensi della normativa applicabile, ivi inclusi gli articoli 81 e ss. del Trattato CE e gli articoli 2 e ss. della Legge n. 287/1990, e che l'offerta è stata predisposta nel pieno rispetto di tale normativa;
- il Fornitore dichiara che non si trova in alcuna situazione di controllo di cui all'art. 2359 c.c. con alcun soggetto, e di aver formulato l'offerta autonomamente;
- Il Fornitore dichiara che, in caso di aggiudicazione, per il lotto "1" non intende affidare alcuna attività oggetto della presente gara in subappalto;
- Il Fornitore dichiara che per questa impresa nulla osta ai fini dell'art. 10 Legge n. 575 del 31 maggio 1965, e successive modifiche ex art. 9 D.P.R. n. 252 del 3 giugno 1998;
- Il Fornitore dichiara che l'Impresa non ha commesso grave negligenza o malafede nell'esecuzione delle prestazioni affidate dalla Amministrazione titolare della presente Richiesta di Offerta e che non ha commesso un errore grave nell'esercizio della propria attività professionale;
- Il Fornitore è consapevole che, qualora fosse accertata la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, l'Impresa verrà esclusa dalla procedura per la quale è rilasciata, o, se risultata aggiudicataria, decadrà dalla aggiudicazione medesima la quale verrà annullata e/o revocata, e l'Amministrazione titolare della presente Richiesta di Offerta avrà la facoltà di escutere l'eventuale cauzione provvisoria; inoltre, qualora la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione fosse accertata dopo la stipula, questa potrà essere risolta di diritto dalla Amministrazione titolare della presente Richiesta di Offerta ai sensi dell'art. 1456 cod. civ.

Per quanto non espressamente indicato si rinvia a quanto disposto dalle Regole di Accesso al Mercato Elettronico della PA; al Contratto sarà in ogni caso applicabile la disciplina generale e speciale che regola gli acquisti della Pubblica Amministrazione.

Il presente documento di offerta è esente da registrazione ai sensi de Testo Unico del 22/12/1986 n. 917, art. 6 e s.m.i., salvo che in caso d'uso ovvero da quanto diversamente e preventivamente esplicitato dall'Amministrazione nelle Condizioni

Particolari di Fornitura della Richiesta di Offerta.

**ATTENZIONE: QUESTO DOCUMENTO NON HA VALORE SE PRIVO DELLA  
SOTTOSCRIZIONE A MEZZO FIRMA DIGITALE**