



ASL Oristano

 SERVIZIO SANITARIO - REGIONE SARDEGNA
 Servizio Assistenza Farmaceutica - Distretto di Oristano

 Prot. n. 119/2015/1013

 Dr. Sinis
 3/2/15
 Da

 Oristano 27/02/2015

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

Oggetto: Richiesta acquisto TEGLUTIK.

Servizio Sanitario Regione Sardegna ASL n° 5 - ORISTANO Dipartimento Amministrativo Servizio Provveditorato 27 GEN 2015 Arrivato il _____ Prot. N. _____ del _____
--

 Al Resp. Servizio
 Provveditorato
SEDE

Si chiede l'acquisto urgente del farmaco sottoelencato, richiesto dallo specialista per un paziente di questa A.S.L.

codice	Prodotto	Quantità	Ditta
1196406	TEGLUTIK 5MG/ML OS FL300ML+S	24	Italfarmaco

Le quantità sono presunte sino al 31-12-2015.

Distinti saluti.

 IL DIRETTORE
 FARMACIA TERRITORIALE:
 Dr.ssa Battiato Alessandra

Allegato A della DGR n. del

Allegato A2

MALATTIE RARE
SCHEDA PER LA PRESCRIZIONE DEI FARMACI

Cognome e Nome: ██████████

Numero C.F. dell'assistito: ██████████

Età: 79

Sesso: F

ASL di appartenenza dell'assistito: 105

Provincia: OR

Regione: SARDEGNA

Medico Curante: Dottorassa Maria Vittoria Musio

Codice Diagnosi: RF 0100

(Allegato n. 1 del Decreto n. 278 del 19 Maggio 2004)

Formulata in data: NOVEMBRE 2014

da: Medico specialista Dr.: BORGHERO GIUSEPPE

Presidio della rete: AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI CAGLIARI

CLINICA NEUROLOGICA - POLICLINICO DI MONSERRATO

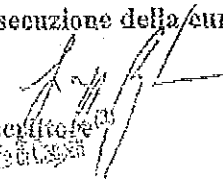
Programma terapeutico

Farmaco	Forma farmaceutica	Posologia
RILUZOLO (TEGLUTIK)	Sospensione orale 5 mg/ml	10 ml x 2 vv/die
L-ACETILCARNITINA	Bust. 500 mg	1 bust x 2 vv/die


Durata prevista del trattamento⁽²⁾ DODICI MESIPrima prescrizione: prosecuzione della cura:

Data: 10/12/2014

Timbro e firma del medico prescrivitore


 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari
 P.O. Monserrato
 S.D. Neurologia
 Dr. Giuseppe Borghero

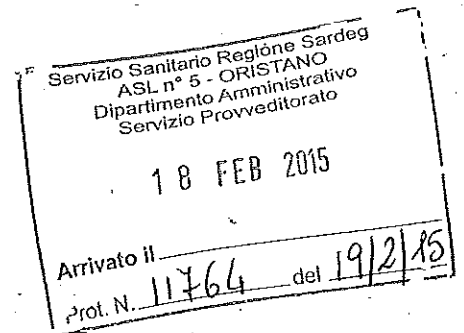
Timbro del Presidio della rete


 A.O.U. di Cagliari
 P.O. MONSERRATO
 SEZIONE NEUROLOGIA

- (1) Medico di Medicina Generale o Pediatra di libera Scelta
 (2) Non oltre 1 anno. Per eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda
 (3) I dati indicativi del medico devono essere tali da poter permettere eventuali tempestive comunicazioni.

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

 **ITALFARMACO**



Cinisello Balsamo, 16/02/2015

Spett.le
AZIENDA USL N. 5
VIA GIOSUE' CARDUCCI, 35
09170 ORISTANO OR

Vostri riferimenti : protocollo n. 7774 in data 03/02/2014
Oggetto **URGENTE** – Invito a presentare offerta per la FORNITURA del farmaco:
TEGLUTIK 5 MG/ML OS FL 300 ML + S

La sottoscritta società: ITALFARMACO S.p.A. con domicilio legale e fiscale in Milano Viale Fulvio Testi, 330 - codice fiscale e partita IVA n. 00737420158 e con l'ufficio delle Imposte Dirette in Milano, nella persona del suo Procuratore Speciale Dr. Mariano Di Traglia nato a Faenza (RA) il 03/04/1954 e residente in Muggiò (MB) Via XXV Aprile 25, facendo riferimento alla lettera di cui all'oggetto, sottopone la migliore offerta per la fornitura delle seguenti specialità in confezione ospedaliera al netto di IVA.

> **TEGLUTIK (riluzolo)** n. 24 flaconi
TEGLUTIK (riluzolo)
confezione 5 mg/ml sospensione orale flacone 300 ml
Prezzo per confezione di vendita al pubblico comprensivo di IVA € 120,49.=
Prezzo unitario al pubblico al netto di IVA € 109,52541.= la fiala
Prezzo unitario ex-factory al netto di IVA: € 73,01.= la fiale
Sconto percentuale sul prezzo ex-factory al netto dell'IVA : 12,02%
Prezzo offerto € 64,23000.= la fiala

Si precisa che, come indicato da Determinazione 296/2014 del 17/03/2014, trattasi di una specialità soggetta a sconto obbligatorio alle strutture pubbliche sul pezzo ex factory € 73,01.=, detratto lo sconto del 12,02%, come da condizioni negoziali

IVA a vostro carico: 10% (dieci per cento)
Codice AIC n. 042018010 del Ministero della Sanità

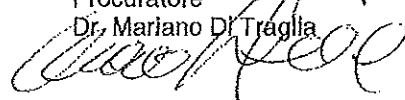
Importo complessivo fornitura € 1.541,52.= (millecinquecentoquarantuno/52)

CONDIZIONI DI VENDITA

Porto e imballo: gratis.
Pagamento: 60 giorni data ricevimento fattura.
Durata della fornitura 12 (dodici) mesi dalla data di aggiudicazione, salvo proroga

Distinti saluti,

ITALFARMACO S.p.A.
Procuratore
Dr. Mariano Di Traglia



Offerta 18508
Pratica 18537
MDT / bl

Italfarmaco S.p.A.

Sede legale e stabilimento: 20126 MZano-Viale Fulvio Testi, 330 - Tel. 02.64.43.1 - Fax 02.64.43.46
Casella postale 11130 - 20110 Milano Isola

Direzione, Uffici e Centro ricerche: 20092 Cinisello Balsamo (MI) - Via dei Lavoratori, 54 - Tel. 02.64.43.1 - Fax 02.64.24.790
Capitale Sociale € 13.000.000 intvers. - R.E.A. 273567 - Registro Imprese Milano - C.F. e P.IVA 00737420158