

100

22/6/15

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

DISTRETTO SANITARIO - ORISTANO
UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA

Prot. NP/2015/6781



Oristano, 17.06.2015

OGGETTO: assistiti aventi diritto per acquisto presidi sanitari D.M. 27 agosto 1999, n. 332.

| |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servizio Sanitario Regione Sardegna ASL n° 5 - ORISTANO Dipartimento Amministrativo Servizio Provveditorato 19 GIU 2015 Arrivato il _____ Prot. N. _____ del _____ |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

AL SERVIZIO PROVVEDITORATO

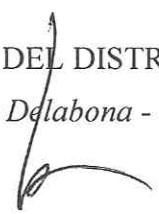
SEDE

In riferimento alla richiesta del Sig. , prot. n° 33953 del 26.05.2015, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da "Non vedente", allegato alla presente si trasmette la richiesta di acquisto per i presidi sanitari di cui all'oggetto, dell'assistito 

- Stampante Braille, codice ISO 21.09.09.003;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO
- Dr. Antonio Delabona -



L'OPERATORE AMMINISTRATIVO
- Fausto Spanu -



Allegato 1

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
Modello di Prescrizione Specialistica

ASSISTITO

NOME _____ COGNOME _____ ETÀ: _____
 Nato a: _____ il _____ C.F. _____
 Residente in _____ Via _____ N. _____

VALUTAZIONE DELLA DISABILITÀ E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica GLAUCOMA TERMINALE - GLOCOMI MIOPIA

Valutazione del deficit _____

Valutazione funzionale e abilità residue OD: _____
OS: _____

Valutazione delle attività, azioni da supportare e/o compensare _____

Obiettivi riabilitativi in relazione alla valutazione delle abilità motorie, intellettive e ambientali compatibili con il presidi _____

Tempi di impiego previsti _____

PRESIDI PROPOSTI

| DESCRIZIONE PRESIDIO | Codice Tariffario | Codice ISO |
|----------------------|-------------------|--------------|
| STAMPANTE BRILLE | | 21.09.09.003 |
| SISTEMA ICR | | 21.06.06.003 |
| / | | / |
| / | | / |

Qualora il presidio non sia espressamente contemplato nel NT e sia riconducibile, ai sensi del comma 5 dell'art. 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 usata
 data dell'ultima fornitura 1998 dichiaro che non è convenientemente riparabile

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: _____ dichiaro 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

**POLIAMBULATORIO - ORISTANO
OCULISTICA**

Lo Specialista

Dott. Donnera Alessandro

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

ORDINE IN BOZZA
non utilizzabile per l'invio al fornitore

Allegato n° 2 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° _____ del _____
Composto di n° 3 fogli

acquistinretepa.it

Il Portale degli acquisti della Pubblica Amministrazione

ORDINE DIRETTO DI ACQUISTO

| | |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Nr. Identificativo Ordine | 2274659 |
| CIG | Z16158B81E |
| CUP | non inserito |
| Strumento d'acquisto | Mercato Elettronico |
| Bando | OFFICE103 - PRODOTTI, SERVIZI, ACCESSORI, MACCHINE PER L'UFFICIO ED ELETTRONICA |
| Categoria (Lotto) | PRODOTTI,ACCESSORI E MATERIALI DI CONSUMO PER UFFICIO |
| Data Creazione Ordine | |
| Data Scadenza Documento d'Ordine | |
| TOTALE (IVA esclusa) | 2.400,00 € |
| TOTALE (IVA inclusa) | 2.496,00 € |

AMMINISTRAZIONE ACQUIRENTE

| | |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Nome Ente | AUSL 5 ORISTANO |
| Codice Fiscale Ente | 00681110953 |
| Nome Ufficio | SERVIZIO PROVVEDITORATO |
| Indirizzo ufficio | VIA CARDUCCI N° 35, 09170 - ORISTANO (OR) |
| Telefono | 0783317780 |
| Fax | 078373315 |
| e-mail di contatto Punto Ordinante | PROVVEDITORATO@ASLORISTANO.IT |
| Codice univoco ufficio per Fatturazione Elettronica | UFMJ06 |
| Punto Ordinante | MARIA GESUINA DEMURTAS |
| Codice Fiscale Punto Ordinante | DMRMGS56H63L202M |
| Ordine Istruito da | ELEONORA FAA |

FORNITORE CONTRAENTE

| | |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Ragione Sociale | UNIONE ITALIANA CIECHI E IPOVEDENTI ONLUS - CENTRO REGIONALE TIFLOTECNICO MARCHE |
| Partita IVA | 01986810446 |
| Indirizzo Sede Legale | VIALE M. FEDERICI 87/A - 63100 - ASCOLI PICENO(AP) |
| Telefono | 0736255081 |
| Fax | 0736983389 |
| e-mail di contatto | BRILLEASCOLI@ALICE.IT |
| Tipologia societaria | ALTRO (COOPERATIVA SOCIALE, FONDAZIONE, ASSOCIAZIONI, ...) |
| Codice Fiscale dell'impresa | 92032070440 |
| Provincia sede registro imprese | AP |

ORDINE IN BOZZA
non utilizzabile per l'invio al fornitore

| | |
|------------------------------------|------------|
| Numero iscrizione registro imprese | 192410 |
| Codice Ditta INAIL | 5852851/44 |
| Numero P.A.T. | 08399582 |
| Matricola aziendale INPS | 0605754612 |
| CCNL applicato | COMMERCIO |
| Settore | TERZIARIO |

Legge 136/2010: dati rilasciati dal fornitore ai fini della tracciabilità 1/2 dei flussi finanziari

Nessun dato rilasciato

OGGETTO DELL'ORDINE (1 di 1) - Metaprodotto: STAMPANTI A IMPATTO (O AD AGHI)

| | |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Codice Articolo Fornitore | BASIC-D |
| Marca | INDEX BRAILLE |
| Codice Articolo Produttore | BASIC-D |
| Denominazione Commerciale | STAMPANTE BRAILLE AB INDEX BASIC-D |
| Prezzo | 2.400 |
| Unità Di Misura | Pezzo |
| Quantità Vendibile Per Unità Di Misura | 1 |
| Lotto Minimo Per Unità Di Misura | 1 |
| Acquisti Verdi | N.A. |
| Tempo Di Consegna (giorni) | 30 |
| Disponibilità Minima Garantita | 10 |
| Province Di Consegna | PIEMONTE, VALLE D'AOSTA, LOMBARDIA, TRENTINO ALTO ADIGE, VENETO, FRIULI VENEZIA GIULIA, LIGURIA, EMILIA ROMAGNA, TOSCANA, UMBRIA, MARCHE, LAZIO, ABRUZZO, MOLISE, CAMPANIA, PUGLIA, BASILICATA, CALABRIA, SICILIA, SARDEGNA |
| Condizioni Di Pagamento | 60 GG DF |
| Garanzia | 2 |
| Tipo Assistenza | Telefonica e ritiro prodotto presso indirizzo utente |
| Allegato | |
| Immagine | |
| Descrizione Tecnica | Stampanti a impatto (o ad aghi) |
| Tipo Contratto | Acquisto |
| Numero Di Colori | 1 |
| Velocità Di Stampa | 6 ppm |
| Risoluzione Di Stampa (hvx) [dpi] | NO |
| Formato Massimo Di Stampa | 15" |
| Standard Di Connessione | USB, RETE E PARALLELA |
| Velocità Di Stampa (solo Numero) | 6 |
| Unità Di Misura Velocità Di Stampa | ppm |
| Quantità totale ordinata | 1,00 |
| Aliquota IVA da applicare | 4,00% |

ORDINE IN BOZZA
non utilizzabile per l'invio al fornitore

RIEPILOGO ECONOMICO

| Oggetto | Nome Commerciale | Prezzo Unitario (€) | Qta ordinata | IVA (€) | Totale (IVA incl.) |
|---------------|------------------------------------|---------------------|--------------|---------|--------------------|
| 1 | STAMPANTE BRAILLE AB INDEX BASIC-D | 2.400 | 1.00 (Pezzo) | 96,00 € | 2.496,00 € |
| TOTALE | | | | | 2.496,00 € |

INFORMAZIONI DI CONSEGNA e FATTURAZIONE

Tutti gli oggetti dell'ordine verranno consegnati presso:

VIA TOSCANINI N° 7 - 09170 - ORISTANO - (OR)

La fattura dell'importo complessivo 2.496,00 € IVA incl., 2.400,00 € IVA escl. verrà spedita a :

Intestatario

CF/P.IVA

Indirizzo

Modalità di pagamento

AUSL 5 ORISTANO

00681110953

VIA ROCKFELLER - 09170 - ORISTANO - (OR)

BONIFICO BANCARIO

NOTE ALL'ORDINE

Attenzione: le "Note" possono esprimere esclusivamente indicazioni e/o specificazioni di supporto all'esecuzione dell'ordine; in nessun caso possono modificare i termini tecnici ed economici della fornitura, pena l'inefficacia dell'ordine.

I.V.A. 4% AI SENSI DELLA L. 263/89.

NELLA FATTURA E NEL D.D.T. RIPORTARE RIF. ORDINE AREAS: EC /2015

DOCUMENTI ALLEGATI ALL'ORDINE

Nessun allegato inserito

DISCIPLINA ED ALTRI ELEMENTI APPLICABILI AL PRESENTE CONTRATTO

Ai sensi di quanto disposto dagli artt. 46, 47, 48 e 49 delle Regole del Sistema di e-procurement della Pubblica Amministrazione, nel rispetto della procedura di acquisto mediante Ordine Diretto, con il presente Ordine Diretto il Soggetto Aggiudicatore accetta l'offerta contenuta nel Catalogo del Fornitore con riferimento al bene/servizio sopra indicato. Ad eccezione delle ipotesi previste ai comma 3, 4, 5, 6 del citato art. 49, il contratto deve intendersi automaticamente concluso e composto, oltre che dal presente ordine diretto, dalle relative Condizioni generali ad esso applicabili".

Il presente documento di ordine è esente da registrazione fiscale, salvo che in caso d'uso. Per quanto non espressamente indicato, si rinvia a quanto disposto dalle predette Regole del Sistema di e-procurement della Pubblica Amministrazione.