



ASL Oristano

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

*Deidda*  
7/10/15  
*[Signature]*

Allegato n° 1 alla determinazione  
Conv. Provveditorato N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
composto di n° 3 fogli.

Prof. n. NP/2015/10646

Oristano 5/10/2015

Servizio Sanitario Regione Sardegna  
ASL n° 5 - CRISTANO  
Dipartimento Amministrativo  
Servizio Provveditorato  
  
1 - 5 OTT 2015  
  
Arrivate il \_\_\_\_\_  
Prot. N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Al Responsabile Servizio Provveditorato  
dott.ssa Gesuina Demurtas

Sede

**Oggetto:** Richiesta microinfusore terapia ferrochelante

Si chiede la fornitura del microinfusore sottoelencato richiesto dallo specialista e autorizzato dall'ufficio assistenza protesi e ausili, per un paziente di questa ASL (M. G. B. \_\_\_\_\_).

-Microinfusore x Talassemia = N°1  
Ditta Canè

Si allega la documentazione consegnata dal paziente

In attesa di riscontro porgo distinti saluti

Il Direttore farmacia Territoriale f.c.  
Dr. ssa Battiato Alessandra



D. SSA MARTINO

29/09/15

**SERVIZIO SANITARIO - Regione Sardegna**  
**AZIENDA U.S.L. N.5 - ORISTANO**  
**Servizio Materno Infantile**  
**Distretto di Oristano**

**UFFICIO ASSISTENZA PROTESI ED AUSILI**

0783 / 317702

ASSISTENZA PROTESICA \* Diretta Protesi e Ausili Tecnici (D.M. 27/08/89 N°332)

*Paziente portatore di menomazione funzionale permanente*

Cognome: M Nome G C.R. \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Recapito \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Vista la prescrizione dello specialista U.S.L. in data 13/08/2015 Dott. U.S.L. 8 (CA)

Si autorizza la fornitura del seguente materiale da ritirare presso il Servizio Farmaceutico

N°	Presidio Autorizzato	Codice
1	Microinfusore per Talassemia	03.21.21
0	120 55 22	
0		
0		
0		
0		
0		

**Parte autorizzativa**

Prot n°: 61032 del 20/08/2015

AUT. N°: 192/P

Il Direttore del Distretto



Timbro

Il Funzionario Amministrativo



Data Ritiro \_\_\_\_\_

Per ricevuta \_\_\_\_\_

*Scudo*

SERVIZIO SANITARIO-REGIONE SARDEGNA  
AZIENDA- USL N° 8- CAGLIARI  
OSPEDALE REGIONALE PER LE MICROCITEMIE  
SEZIONE EMATOLOGIA ADULTI  
Responsabile Prof.ssa M. Eliana Lai  
tel e fax 070609-5511

PRESTAZIONI SANITARIE PROTESICHE STRAORDINARIE

ART. 17- L.R. N 39/91; RAS D.R.26/97

PRESCRIZIONE SPECIALISTICA

Cognome e Nome Assistito \_\_\_\_\_  
Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Indirizzo (città, via, N.) \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Diagnosi circostanziata: SOVRACCARICO MARZIALE SECONDARIO A THALASSEMIA MAJOR (MORBO DI COOLEY) TRASFUSIONE DIPENDENTE.

Descrizione del presidio proposto: MICROJET CRONO della DITTA CANE (Rivoli-Torino)

Finalità funzionali e relazionali del presidio non altrimenti perseguibili:

MICROINFUSORE IN GRADO DI MIGLIORARE LA CHELAZIONE DEL FERRO E COME TALE UNICO E INSOSTITUIBILE, IN QUANTO E' IN GRADO DI PROGRAMMARE LA QUANTITA' E LA DURATA DELL' INFUSIONE DEL DESFERAL.

*2FO 2,50 5/17*

Cagliari 13-08-15

IL MEDICO SPECIALISTA  
P.O. MICROCITEMICO  
Sez. Ematologia  
49681 Dan. *[Signature]*



ASL Oristano

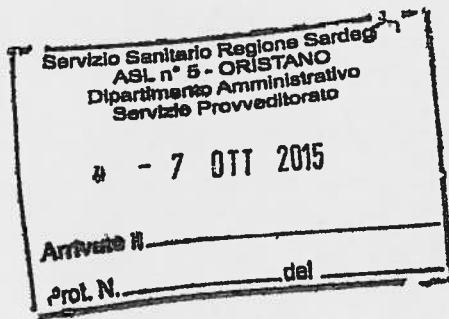
SERVIZIO SANITARIO - REGIONE SARDEGNA

Servizio Assistenza Farmaceutica - Distretto di Oristano

Allegato n° 2 alla determinazione  
 Serv. Provveditorato N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
 Composto di n° 9 fogli.

Prot. n. NP/2015/10766

Oristano 2/10/2015



Al Responsabile Provveditorato  
 Dott.ssa Demurtas Gesuina

Sede

Oggetto: richiesta Microinfusori x talassemia x i paz. P. PP e C. U.

Si chiede la fornitura dei prodotti sottoelencati richiesti dallo specialista e autorizzati, per due pazienti di questa ASL ( C. U. e P. P. )

Microinfusore x terapia ferro chelante = N° 1 x C.

Microinfusore x terapia ferro chelante crono (siringa 30 cc) = N° 1 x P. P.

Si allega autorizzazione e documentazione

Il Direttore Farmacia Territoriale ff  
 Dr.ssa Alessandra Battiato



Duplicato

SERVIZIO SANITARIO - Regione Sardegna  
AZIENDA U.S.L. N.5 - ORISTANO  
Servizio Materno Infantile  
Distretto di Oristano

UFFICIO ASSISTENZA PROTESI ED AUSILI

0783 / 317702

ASSISTENZA PROTESICA

\* Diretta

Protesi e Ausili Tecnici ( D.M. 27/08/99 N°332)

Paziente portatore di menomazione funzionale permanente

Cognome: P. [redacted]	Nome P. [redacted]	C.R. 2506883
Nato a: [redacted]	il [redacted]	C.F. [redacted]
Residente a [redacted]	Recapito [redacted]	Tel.: [redacted]

Vista la prescrizione dello specialista U.S.L. in data 03/03/2015 Dott. U.S.L. 5 (OR)

Si autorizza la fornitura del seguente materiale da ritirare presso il Servizio Farmaceutico

N°	Presidio Autorizzato	Codice
1	Microinfusore per Talassemia	03.21.21
0		
0		
0		
0		
0		
0		

Parte autorizzativa

Prot. n°: 21352 del 02/04/2015

Aut.N°: 1022/P

Il Direttore del Distretto

[Signature]



Il Funzionario Amministrativo

[Signature]

Data Ritiro 04/06/2015

Per ricevuta

[Signature]

on [Signature] Franco Serra 5/3/2015

**Servizio Sanitario - Regione Sardegna  
Azienda U.S.L. N. 5 di Oristano**

Allegato 1A

**ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA  
Modello di Prescrizione Specialistica  
Dimissione Ospedaliera**

ASSISTITO

NOME P. P. COGNOME P. ETÀ: \_\_\_\_\_  
 Nato a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
 Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO**

Diagnosi clinica N. J. Cooley

Valutazione del deficit \_\_\_\_\_

Valutazione funzionale e abilità residue \_\_\_\_\_

Valutazione delle attività, azioni da supportare e/o compensare \_\_\_\_\_

Obiettivi riabilitativi in relazione alla valutazione delle abilità motorie, intellettive e ambientali compatibili con il presidio proposto \_\_\_\_\_

Tempi di impiego previsti \_\_\_\_\_

**PRESIDI PROPOSTI**

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
<u>Infusore Alcajet Crono</u>			<u>1</u>

Qualora il presidio non sia espressamente contemplato nel NT e sia riconducibile, ai sensi del comma 5 dell'art. 1 del DM 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  usurato

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)

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)

causa dell'avente diritto

lettera a dell'art. 2 del D.M. 332/99

Invalide già riconosciute (invalide civile, di guerra, di servizio, privo di vista, sordomuto)

Invalide già riconosciute 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

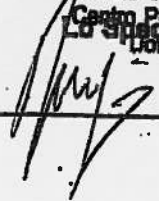
minore di anni 18, per prevenzione, cura e riabilitazione di una menomazione e/o disabilità permanente

lettera b dell'art. 2 del D.M. 332/99

letante 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

A.S.L. N. 5 - ORISTANO  
Presidio Ospedaliero San Marino  
Centro Provinciale Microcitemie  
Dot. Mauro Murgia



La presente prescrizione deve essere accompagnata dalla prescrizione del presidio su ricettario SSN

### Allegato Descrizione Prodotti / Confezionamenti

Infusori di RICOSTRUA produzione 750 USTVA		
CROMO	Cromo T V2	Infusore portatile per terapia Ferrochelante - volumi somministrabili fino a 20 ml
CROMO 30	Cromo 30 V2	Infusore portatile per terapia Ferrochelante - volumi somministrabili fino a 30 ml
CROMO PAR	Cromo PAR V2	Infusore portatile per terapia Antiparkinson - volumi somministrabili fino a 20 ml
CROMO PAR 30	Cromo PAR 30	Infusore portatile per terapia Antiparkinson - volumi somministrabili fino a 30 ml
CROMO PAR 50	Cromo PAR 50	Infusore portatile per terapia Antiparkinson - volumi somministrabili fino a 50 ml
CROMO BASIC	Cromo Basic V2	Infusore portatile per terapia sottocute - volumi somministrabili fino a 20 ml
CROMO S-PID	Cromo S-PID V2	Infusore portatile per infusione s.c. di Immunoglobuline volumi fino a 20 ml
CROMO S-PID 30	Cromo S-PID 30	Infusore portatile per infusione s.c. di Immunoglobuline volumi fino a 30 ml
CROMO TWIN	Cromo Twin	Infusore portatile per infusione s.c. di Immunoglobuline volumi fino a 40 ml
CROMO S-PID 50	Cromo S-PID 50 V2	Infusore portatile per infusione s.c. di Immunoglobuline volumi fino a 50 ml
CROMO FE	Cromo FE	Infusore portatile per terapia Fertilità - volumi somministrabili fino a 20 ml

- La manutenzione si effettua esclusivamente presso la sede della Canè S.p.A.
- L'infusore non necessita di lubrificazione in quanto è sigillato da indossare sulla persona.
- Non si effettua istruzioni in loco, ma si fornisce supporto tecnico on line e telefonico.
- Le nostre apparecchiature non vengono dotate di Manuale Service, né di Part List, né di schermi elettrici integrali.
- Si garantisce il microinfusore da eventuali difetti di materiali e di fabbricazione per la durata di ANNI 2 (DUE) a partire dalla data originale di acquisto.
- Per ragioni di sicurezza, si eseguono le riparazioni sul dispositivo per un periodo non superiore ad anni 4 (QUATTRO) dalla data di acquisto. Trascorso il periodo predetto, la società declina ogni responsabilità nei confronti dell'acquirente, o di terzi, per danni che possono derivare dall'uso dello strumento dopo ANNI 4 (QUATTRO) dalla data di acquisto.

CONSUMABILI - PRODOTTI MONOPUSO		
SIRINGHE CRN per MICROINFUSORI CROMO con ESCLUSIVA PATENTATA		
CRN/10	Siringhe dedicate CRN da 10 ml	Minimo ordine 2 conf. (840 pz.) oltre multipli di 320 pz.
CRN/20	Siringhe dedicate CRN da 20 ml	
CRN/30	Siringhe dedicate CRN da 30 ml	Minimo ordine 1 conf. (280 pz.) oltre multipli di 280 pz.
CRN/50	Siringhe dedicate CRN da 50 ml + Ago 14g	Minimo ordine 60 pz. oltre multipli di 60 pz.
VALVOLA ANTISEPTE	Valvola ANTISEPTE	Fornitura minima 60 pz. abbinata alla fornitura di siringhe CRN/50
Y-SET	Raccordo a 2 vie x l.g. s.c. (vol. 50ml)	Fornitura minima 60 pz. abbinata alla fornitura di siringhe CRN
SPREY/02	Perforatore per travaso o diluizione di farmaci	Fornitura minima 60 pz. abbinata alla fornitura di siringhe CRN
PRO-LINE	Prolunga Polietilene Tubo Ø mm.1 x 2 cm.100	Fornitura minima 2 conf. (100 pz.)



Cod. Quant.	Cod. Unomef.	SET PER INFUSIONE	
NERIA62705780	79-060-2730	627 Ago 6 mm Tubo 60 cm	Minimo ordine 200 pz. oltre multipli di 10 pz.
NERIA62708780	79-060-2730	627 Ago 8 mm Tubo 60 cm	
NERIA62708780	79-060-2730	627 Ago 8 mm Tubo 80 cm	
NERIA62710780	79-060-2731	627 Ago 10 mm Tubo 60 cm	
NERIA62903780	79-060-2930	629 Ago 8 mm Tubo 60 cm	
NERIAFILT282708780	721060-2730	627 Aghi 8 mm Tubi 60 cm	Minimo ordine 120 pz. oltre multipli di 10 pz.
NERIAFILT282710780	721060-2731	627 Aghi 10 mm Tubi 60 cm	
NERIA DETACH	Neria Ago Verticale con opzione di scollamento		Minimo ordine 200 pz. oltre multipli di 10 pz.
ESENTE da PVC e COLLANTI - SPAZIO MORTO RIDOTTISSIMO (volume interno tubo 0,1 ml): minima quantità di farmaco persa nel tubicino ESCLUSIVA di vendita su territorio nazionale			
FILTRAJET	FILTRAJET Filtro per set di infusione		Minimo ordine 200 pz. oltre multipli di 100 pz.
Distribuita in ESCLUSIVA			
IRISUFLOX	Ago CANNULA cod. 99-060-2612		Minimo ordine 4 conf. (40 pz.) oltre multipli di 10 pz.
NERIA SOFT	Ago CANNULA cod. 79-060-2622		Minimo ordine 2 conf. (20 pz.) oltre multipli di 10 pz.
<b>AGHI DETACH</b>			
VENOGLISS Artiana 258 - 278 (lungo) - Tubo 60 cm		Minimo ordine 3 conf. (300 pz.) oltre multipli di 100 pz.	
VENOGLISS Artiana 265SH - 276SH (corta) - Tubo 60 cm			

- Ogni ordine deve necessariamente riportare il riferimento della ns. offerta (numero offerta e data);
- NON si effettuano consegne dirette presso il domicilio dei nostri associati;
- In caso di ordine di acquisto errato la merce NON può essere sostituita.

  
Clara Merisone - Amministratore Delegato

**CANÈ S.p.A.**

**ORDINE IN BOZZA**  
non utilizzabile per l'invio al fornitore

Allegato n° 4 alla determinazione  
Serv. Provveditorato N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Composto di n° 5 fogli.

**acquistinretepa.it**  
Il Portale degli acquisti della Pubblica Amministrazione

**ORDINE DIRETTO DI ACQUISTO**

Nr. Identificativo Ordine	<b>2404221</b>
CIG	<b>Z641673D82</b>
CUP	non inserito
Strumento d'acquisto	<b>Mercato Elettronico</b>
Bando	<b>BSS - BENI E SERVIZI PER LA SANITÀ</b>
Categoria (Lotto)	<b>BENI E SERVIZI PER LA SANITÀ</b>
Data Creazione Ordine	
Data Scadenza Documento d'Ordine	
TOTALE (IVA esclusa)	<b>2.482,00 €</b>
TOTALE (IVA inclusa)	<b>2.581,28 €</b>

**AMMINISTRAZIONE ACQUIRENTE**

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

**FORNITORE CONTRAENTE**

Ragione Sociale	<b>CANE' S.P.A. - SOCIO UNICO</b>
Partita IVA	<b>04384410017</b>
Indirizzo Sede Legale	<b>VIA CUORGNE' 42/A - 10098 - RIVOLI(TO)</b>
Telefono	<b>0119574872</b>
Fax	<b>0119575089</b>
e-mail di contatto	<b>CANESPA@PECSOCI.UI.TORINO.IT</b>
Tipologia societaria	<b>SOCIETÀ PER AZIONI</b>
Codice Fiscale dell'impresa	<b>04384410017</b>
Provincia sede registro imprese	<b>TO</b>
Numero iscrizione registro imprese	<b>04384410017</b>
Codice Ditta INAIL	<b>5123051</b>
Numero P.A.T.	<b>32250479/61 - 32250478/14</b>
Matricola aziendale INPS	<b>8124665112</b>

**ORDINE IN BOZZA**  
non utilizzabile per l'invio al fornitore

CCNL applicato	METALMECCANICO
Settore	METALMECCANICA

**Legge 136/2010: dati rilasciati dal fornitore ai fini della tracciabilità 1/2 del flusso finanziari**

IBAN Conto dedicato (L 136/2010) (*)	IT76U0306930410100000011790
Soggetti delegati ad operare sul conto (*)	Mario Cane' - CNAMRA42P24L219Y Clara Monticone - MNTCLR57P49H355S Carlo Musso - MSSCRL74T11L219N

(\*) salvo diversa indicazione da parte del Fornitore da comunicare entro 4 giorni dalla ricezione del presente Ordinativo di Fornitura

**OGGETTO DELL'ORDINE (1 di 2) - Metaprodotto: DISPOSITIVI INFUSIONALI**

Codice Articolo Fornitore	CRONO 30 V2
Marca	CANE'
Codice Articolo Produttore	CRONO 30 V2
Denominazione Commerciale	CRONO 30 V2
Prezzo	1.241
Unità Di Misura	Pezzo
Quantità Vendibile Per Unità Di Misura	1
Tempo Di Consegna (solo Numero)	30
Disponibilità Minima Garantita	10
Province Di Consegna	ABRUZZO, BASILICATA, CALABRIA, EMILIA ROMAGNA, FRIULI VENEZIA GIULIA, LAZIO, LIGURIA, LOMBARDIA, MARCHE, MOLISE, PIEMONTE, PUGLIA, SARDEGNA, SICILIA, TOSCANA, TRENTINO ALTO ADIGE, UMBRIA, VALLE D'AOSTA, VENETO
Condizioni Di Pagamento	60 GG DF
Note	SIRINGHE DEDICATE CRN DA 30 ML.
Allegato	
Tipo Contratto	Acquisto
Codice Cnd	Y032121
Alimentazione	BATTERIA CR 123A 3V AL LITIO
Altre Dotazioni Incluse Nel Prezzo	VALIGETTA PORTA INFUSORE, CINTURA ELASTICA, CORDICELLA DI SOSTEGNO, CUSTODIA IN TESSUTO, 2 BATTERIE, ACCESSORIO APRI SPORTELLINO VANO BATTERIA, MANUALE DI ISTRUZIONI ALL'USO
Anno Di Prima Immissione Sul Mercato Nazionale/versione	2002
Blocco Tastiera	SI
Calcolo Automatico Del Flusso	SI
Dimensioni Pompa (lxaxp)[mm]	80 x 47 x 30 mm
Dimensioni Schermo (pollici)	1,19
Farmaci Memorizzabili	NO
Identificativo Di Registrazione Bd/rdm	384713
Peso (g)	125 g

**ORDINE IN BOZZA**  
non utilizzabile per l'invio al fornitore

Porta Usb Per Trasferimento Dati	NO
Pressione Di Occlusione	Fissa
Programmazione Durata	Programmabile
Riconoscimento Automatico Volume Siringa	NO
Schermo	Monocromatico non retroilluminato
Tastiera	Integrata a tasti
Tipo Terapia	Infusione continua
Velocità Infusione Bolo	Fissa
Volume Siringhe	10/20/50/60
Quantita' totale ordinata	1,00
Aliquota IVA da applicare	4,00%

**OGGETTO DELL'ORDINE (2 di 2) - Metaprodotto: DISPOSITIVI INFUSIONALI**

Codice Articolo Fornitore	CRONO V2
Marca	CANE'
Codice Articolo Produttore	CRONO V2
Denominazione Commerciale	CRONO V2
Prezzo	1.241
Unità Di Misura	Pezzo
Quantità Vendibile Per Unità Di Misura	1
Tempo Di Consegna (solo Numero)	30
Disponibilità Minima Garantita	10
Province Di Consegna	ABRUZZO, BASILICATA, CALABRIA, EMILIA ROMAGNA, FRIULI VENEZIA GIULIA, LAZIO, LIGURIA, LOMBARDIA, MARCHE, MOLISE, PIEMONTE, PUGLIA, SARDEGNA, SICILIA, TOSCANA, TRENTINO ALTO ADIGE, UMBRIA, VALLE D'AOSTA, VENETO
Condizioni Di Pagamento	60 GG DF
Note	SIRINGHE DEDICATE CRN DA 10 O 20 ML.
Allegato	
Tipo Contratto	Acquisto
Codice Cnd	Y032121
Alimentazione	BATTERIA CR 123A 3V AL LITIO
Altre Dotazioni Incluse Nel Prezzo	VALIGETTA PORTA INFUSORE, CINTURA ELASTICA, CORDICELLA DI SOSTEGNO, CUSTODIA IN TESSUTO, 2 BATTERIE, ACCESSORIO APRI SPORTELLINO VANO BATTERIA, MANUALE DI ISTRUZIONI ALL'USO
Anno Di Prima Immissione Sul Mercato Nazionale/versions	1995
Blocco Tastiera	SI
Calcolo Automatico Del Flusso	SI
Dimensioni Pompa (lxaxp)[mm]	76 x 49 x 29 mm
Dimensioni Schermo (pollici)	1,19
Farmaci Memorizzabili	NO
Identificativo Di Registrazione Bd/rdm	384805

**ORDINE IN BOZZA**  
non utilizzabile per l'invio al fornitore

Peso (g)	115 g
Porta Usb Per Trasferimento Dati	NO
Pressione Di Occlusione	Fissa
Programmazione Durata	Programmabile
Riconoscimento Automatico Volume Siringa	NO
Schermo	Monocromatico non retroilluminato
Tastiera	Integrata a tasti
Tipo Terapia	Infusione continua
Velocità Infusione Bolo	Fissa
Volume Siringhe	10/20/50/60
Quantita' totale ordinata	1,00
Aliquota IVA da applicare	4,00%

#### RIEPILOGO ECONOMICO

Oggetto	Nome Commerciale	Prezzo Unitario (€)	Qta ordinata	IVA (€)	Totale (IVA incl.)
1	CRONO 30 V2	1.241	1.00 (Pezzo)	49,64 €	1.290,64 €
2	CRONO V2	1.241	1.00 (Pezzo)	49,64 €	1.290,64 €
<b>TOTALE</b>					<b>2.581,28 €</b>

#### INFORMAZIONI DI CONSEGNA e FATTURAZIONE

Tutti gli oggetti dell'ordine verranno consegnati presso:

**VIA ROCKFELLER SNC - 09170 - ORISTANO - (OR)**

La fattura dell'importo complessivo 2.581,28 € IVA incl., 2.482,00 € IVA escl. verrà  $\frac{1}{2}$  spedita a :

Intestatario

CF/P.IVA

Indirizzo

Modalità  $\frac{1}{2}$  di pagamento

**AUSL 5 ORISTANO**

**00681110953**

**VIA CARDUCCI N° 35 - 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.*

**CONSEGNARE PRESSO IL SERVIZIO FARMACIA OSPEDALIERA DEL P.O. SAN MARTINO DI ORISTANO, VIA ROCKFELLER SNC - 09170 ORISTANO. SI PREGA DI INDICARE NEL DDT E NELLA FATTURA IL RIFERIMENTO ALL'ORDINE MECCANOGRAFICO N. FA -2015-\*\*\* DEL \*\*\*\*.**

**ORDINE IN BOZZA**  
non utilizzabile per l'invio al fornitore

**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 commi 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.