



ASL Oristano

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

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

**UNITA OPERATIVA DI SALA OPERATORIA  
PRESIDIO OSPEDALIERO G.P. DELOGU - GHILARZA  
Blocco Operatorio/Urologia**

**Ghilarza, 21/10/2015**

Prot. 45/SO

*Al Responsabile FFAA  
GP Delogu Sede*

*Al Dirigente Sanitario PO  
Sede*

**Oggetto: richiesta di cistoscopio e inserto diagnostico.**

**Si richiede l'acquisto urgente di:**

**-N°03 inserto diagnostico con un ingresso richiudibile  
cod 27025G**

**-N°02 camicia per cistoscopio 20 Charr con otturatore 27026CO  
codice colore rosso  
cod 27026C, della ditta KARL STORZ.**

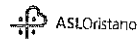
**Si dichiara che i suddetti sono gli unici che raccordano agli  
strumenti in uso, indispensabili durante gli interventi in  
videolaparoscopia.**

**Si motiva la richiesta in urgenza in quanto gli strumenti in uso  
sono notevolmente usurati, rotti e non più utilizzabili.**

*PER QUANTO DI COMPETENZA  
SI AUTORIZZA  
il 22.10.2015*



**AZIENDA SANITARIA LOCALE N.5 - ORISTANO  
Via Carducci, 35 - ORISTANO  
Cordiali saluti  
"G.P. DELOGU" - GHILARZA  
BLOCCO OPERATORIO**



ASL 5 Oristano

Direttore del servizio/U.O./etc..

(nome-cognome)

Via Carducci, 35  
09170 Oristano

Tel ..... Fax .....

[www.astoristano.it](http://www.astoristano.it)

E-mail: .....@astoristano.it

Servizio Sanitario - Regione Sardegna

A.S.L. n° 5 - Oristano

Il Responsabile Amministrativo

del Presidio Ospedaliero

Dr. Giuseppe Melis Pag. 1 di 2

1) caso

**Oggetto:** dichiarazione scelta Ditta

KARL STORZ

Si dichiara che la strumentazione/prodotto CISTOSCOPIO E INSERTO DIAGNOSTICO può essere fornita/o, con i requisiti tecnici ed il grado di perfezione richiesti, solo ed esclusivamente dalla Ditta SANIPARMA. -CA- e che non sono disponibili in commercio altri prodotti ugualmente idonei allo scopo.

Si precisa pertanto che ricorrono le condizioni di cui all'art. 57 comma 2 lettera b D.lgs. 163/06 e s.m.i.

2) caso

**Oggetto:** dichiarazione scelta Ditta per privata

Si dichiara che la strumentazione/il prodotto \_\_\_\_\_, indispensabile e insostituibile per l'esecuzione di \_\_\_\_\_, può essere fornita/o in regime di privata industriale, esclusivamente dalla Ditta \_\_\_\_\_. Il prodotto di cui trattasi non può essere sostituito con altri analoghi.

Si precisa pertanto che ricorrono le condizioni di cui all'art. 57 comma 2 lettera b D.lgs. 163/06 e s.m.i.

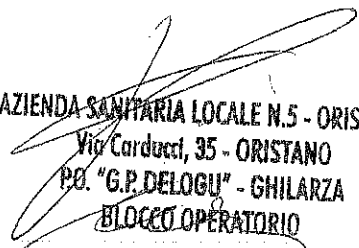
3) caso

**Oggetto:** dichiarazione scelta Ditta per fornitura complementare a quella effettuata dal fornitore originario (*rinnovo parziale di forniture o impianti di uso corrente/ampliamento di forniture o impianti esistenti*)

Si dichiara che la strumentazione/il prodotto \_\_\_\_\_, indispensabile e insostituibile, per l'esecuzione di \_\_\_\_\_, può essere fornita/o in regime di privata industriale, esclusivamente dalla Ditta \_\_\_\_\_. Il prodotto di cui trattasi non può essere sostituito con altri analoghi.

Si precisa pertanto che ricorrono le condizioni di cui all'art. 57 comma 3 lettera b D.lgs. 163/06 e s.m.i.



  
AZIENDA SANITARIA LOCALE N.5 - ORISTANO  
Via Carducci, 35 - ORISTANO  
PO. "G.P. DELOGU" - GHILARZA  
BLOCCO OPERATORIO