



**DISTRETTO SANITARIO - ORISTANO**  
**UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA**

Prot. NP/2016/7038

Oristano, 05.07.2016

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

AL SERVIZIO PROVVEDITORATO

SEDE

In riferimento alla richiesta del Sig.           , prot. n° 40589 del 04.07.2016, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da "SLA", allegato alla presente si trasmette la richiesta di acquisto per i presidi sanitari di cui all'oggetto, dell'assistito D.S.

- Comunicatore vocale a controllo oculare;

**Si allega dichiarazione di scelta del presidio con relative caratteristiche:**

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO

- Dr. Antonio Delabona -

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO

- Fausto Spanu -

*Fausto Spanu*

Servizio Sanitario Regione Sardegna ASL n° 5 - ORISTANO Dipartimento Amministrativo Servizio Provveditorato
07 LUG 2016
Arrivato il _____
del N. _____ del _____

*F. Spanu*



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 data dell'ultima fornitura  dichiarato che non è convenientemente riparabile

b) se trattasi di fornitura che non ha superato i tempi minimi di rinnovo

(condizioni di cui al co. 3, dell'art. 5 del DM 332/99)

trattasi di presidio  guasto  rotto  usurato  sostituzione componenti usurate

Altro: vedi quanto dichiarato.  Dichiaro che non è convenientemente riparabile

(condizioni di cui al co. 2, dell'art. 5 del DM 332/99)

modifica dello stato psico-fisico (allegare relazione dettagliata)

particolari necessità terapeutica (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

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 DM 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 DM 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 DM 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 una assistenza continua": la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del DM 05/02/1992

Data 29/06/16

Lo specialista  
Dott. Silvia scalas



L'assistito dichiara di essere stato informato dal Centro di Riabilitazione circa l'elenco delle Officine Ortopediche convenzionate presenti nel Territorio del Distretto Socio Sanitario.

Nota: la presente prescrizione deve essere accompagnata dalla prescrizione di presidi su ricettari SSN

Si allega ricetta.

**DISTRETTO SOCIO SANIATARIO DI ORISTANO**

Ufficio protesi e ausili

**DICHIARAZIONE DI SCELTA**

In relazione alla prescrizione ( descrizione presidio):

COMUNICAZIONE VOCALE I ABLE I 150. orologio portatile, Tabili serie 1  
comprensione di intelligenza con lettura silenziosa da 10 pollici e batterie, 123 linee  
e mouse, lavoro software per la comunicazione I Able, lavoro software  
per la sintesi vocale, lavoro di TTS 4.3, personalizzazione software I Able  
installazione, addebiamento dell'utente, formazione di corsi plus support  
tecniche on line all'utente e ai caregiver, backup dei dati personali, ecc.  
Per l'Assistito/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

escluso della versione software I Able in uso per 12 mesi, mensile di 40 in lingua  
italiana, software di intelligenza artificiale (on screen) o Tele-sonando I Able

Si attesta che le caratteristiche indicate, necessarie per l'uso cui il  
presidio è dedicato, non corrispondono ad alcun altro prodotto in  
commercio.

Data 1/7/16

Il Medico Specialista

*[Handwritten signature]*  
Firma e Timbro  
*[Handwritten signature]*



ASL Oristano

VERBALE U.V.T. N. 444

del 01-07-2016

COGNOME E NOME : ██████████

LUOGO E DATA DI NASCITA: ██████████

COMUNE DI : ██████████

Valutazione U.V.T. x Sede

Domicilio

Struttura

**DIAGNOSI: SLA con tetraplegia. Insufficienza statica globale.**

---

**SINTESI DEI PROBLEMI SANITARI:**

Pz. affetto da SLA con nessuna autonomia nelle attività di vita quotidiana e deficit totale della comunicazione verbale. Possiede buone abilità informatiche.

Dalla prima visita domiciliare del 16-09-2015 emerge la reale necessità di sostituire il comunicatore in uso da diversi anni in quanto obsoleto e non più in grado di soddisfare le sue esigenze comunicative relazionali , di svago , di sicurezza personale (richiesta di soccorso) e controllo ambientale.

In tale occasione si è deciso di proporre al Sig. ██████ l'utilizzo in prova dei due comunicatori in giacenza presso la ASL, previa verifica dei tecnici competenti.

A distanza di tempo il Sig. ██████ ci comunica che non è mai stata effettuata la prova con uno dei due comunicatori proposti (SAPIO Life) , in quanto la ditta non ha dato risposta , così come da precedenti accordi con la ASL.

Nel frattempo il Sig. ██████ aveva preso contatti, di sua spontanea volontà ,con la ditta Tobii , comunicatore MyTobii e con la ditta Medicas per il comunicatore Sagittarius.

In data 23-06-2016 invia una mail alla ASL in cui dichiara che il PC MyTobii è l'unico PC di facile utilizzo con tre programmi diversi e l'unico che non affatica gli occhi e sembra quello più adatto alla sua patologia.

Pertanto si prende atto della sua scelta e si procede alla prescrizione dell'ausilio in allegato 1 con dichiarazione di scelta.

---

**SINTESI DEI PROBLEMI SOCIALI:**

Vedi lettura sociale.

SULLA BASE DELLA DOCUMENTAZIONE AGLI ATTI E DI QUANTO EMERSO DALLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE, L'U.V.T. PRENDE LE SEGUENTI DECISIONI:

Pertanto preso atto della scelta del Sig. [redacted] si procede alla prescrizione dell'ausilio in allegato 1 con dichiarazione di scelta.

LA PERSONA VIENE VALUTATA NON AUTOSUFFICIENTE: SI

**CODIFICA PROGETTO ASSISTENZIALE:**

- |    |                                     |                               |    |                          |                                  |
|----|-------------------------------------|-------------------------------|----|--------------------------|----------------------------------|
| 01 | <input checked="" type="checkbox"/> | ACCOGLIENZA IN R.S.A.         | 04 | <input type="checkbox"/> | ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA |
| 02 | <input type="checkbox"/>            | RESIDENZIALITA' RIABILITATIVA | 05 | <input type="checkbox"/> | PROGETTO RITORNARE A CASA        |
| 03 | <input type="checkbox"/>            | ACCOGLIENZA IN CASA PROTETTA  |    |                          |                                  |

CONVOCATI	PRESENTI	PARTECIPANTI	Nome	Firma
1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	Medico di Assistenza Distrettuale Asl	Canalis M.P.	<i>[Signature]</i>
2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	MMG/PLS		
3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Infermiere		
4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Medico specialista Fisiatra	Scalas S.	<i>[Signature]</i>
5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	Medico specialista Fisiatra	Madau A.R.	<i>[Signature]</i>
6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	Ass. Soc. PUA Sub-Ambito	Chitti M.	<i>[Signature]</i>
7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	Il destinatario/familiare di riferimento		
8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>			

Il Responsabile del caso sarà:

Verifica Programmata

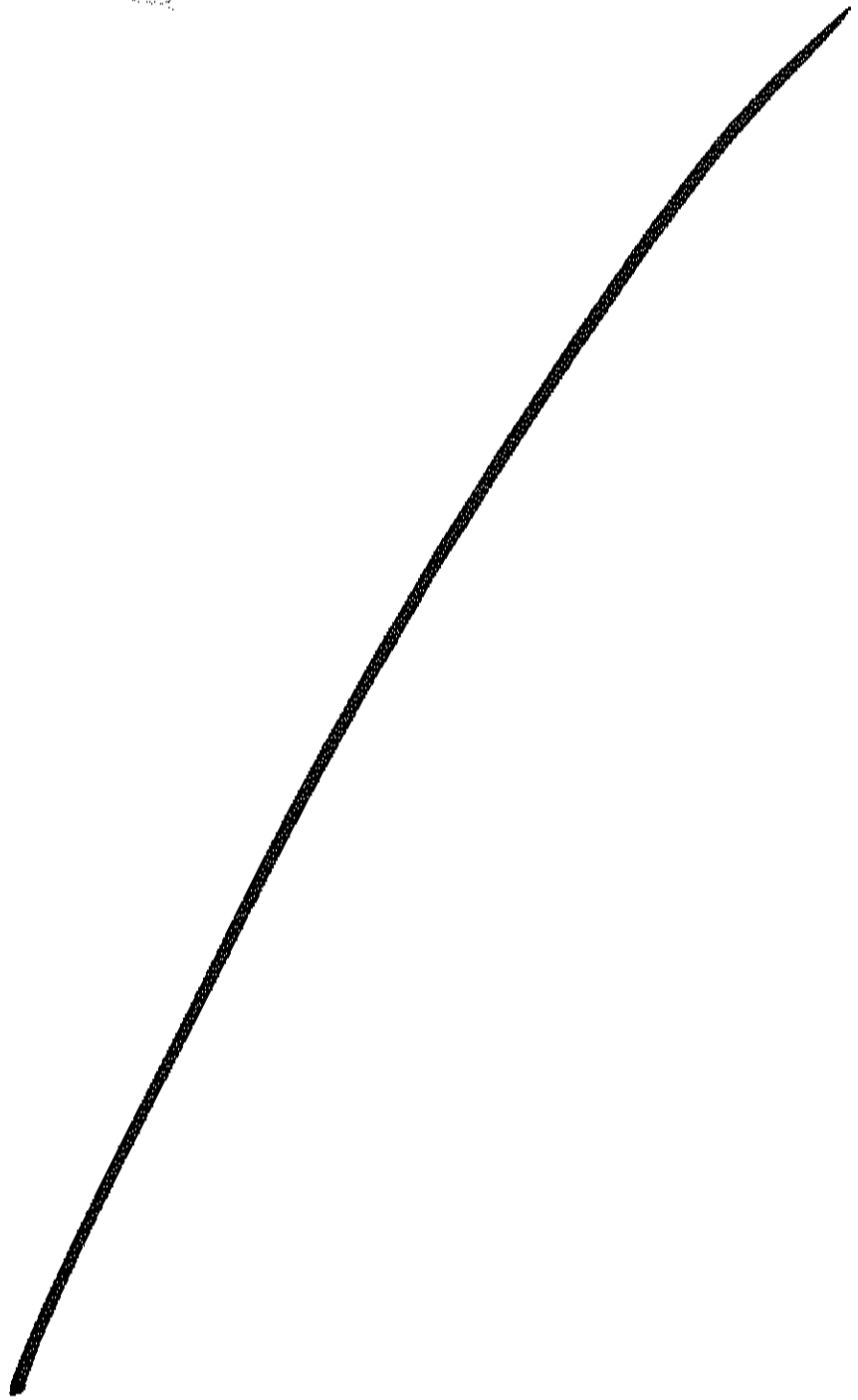
attivazione

verifica

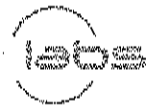
Il Responsabile U.O.  
 Servizi Accoglienza Continuità Assistenziale  
 Dott.ssa M. Cellina Cadoni

*[Signature]*

Figure 1







THE EYE-TRACKING COMPANY

SR LABS Srl

Via Lucidide 56, torre 6  
20134 Milano - Italy

P. Iva 03283700965  
Tel. +39 02 749291.1  
Fax + 39 02 749291.13  
www.srlabs.it  
info@srlabs.it

C.A.  
VitalAire Italia S.p.A.  
Via Del Bosco Rinnovato 6  
Assago (MI)

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

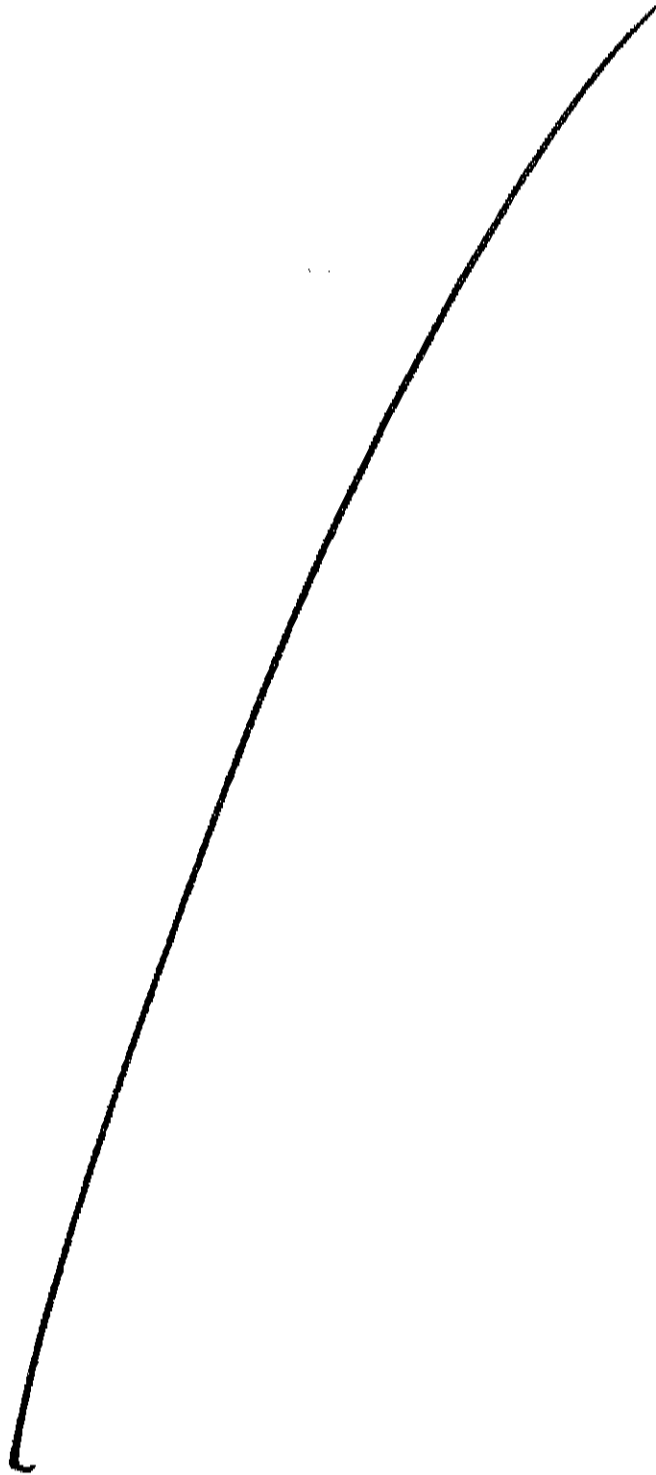
Milano, 9 Febbraio 2015

**OGGETTO:** Autorizzazione per la Distribuzione Esclusiva sul territorio Italiano dei sistemi iAble-MyTobii, Tobii PC Eye, Tobii Serie C, Tobii Serie I

Con la presente SR Labs S.r.l., con sede legale a Brescia, in Via Cefalonia 70, P.IVA IT03283700965, dichiara che la società VitalAire S.p.a. è Distributore Unico autorizzato alla vendita / noleggio dei Sistemi iAble-MyTobii, PC Eye, Tobii Serie C, Tobii Serie I su tutto il territorio italiano.

Cordiali saluti,

Amministratore Delegato - CEO



**rfq\_308771 - Noleggio Puntatore mod. Tobii Serie I**

<b>Cognome e nome</b> Gian Marco Zoncu	<b>Data e Ora</b> 03/03/2015 16:47:31 - Fuso orario: GMT + 1:00
---	--

<b>Responsabile</b> Gian Marco Zoncu	<b>Struttura Aziendale</b> Provveditorato	<b>Unità aziendale</b>
---	--	------------------------

**Informazioni Bando di Gara**

<b>Codice Elenco Negoziamenti</b> tender_204366	<b>Descrizione Bando di gara</b> Provveditorato-Gian Marco Zoncu	<b>Protocollo Elenco Negoziamenti</b>
--	---	---------------------------------------

**Dati Generali**

<b>Codice Gara in busta chiusa (RDO)</b> rfq_308771	<b>Oggetto Gara in busta chiusa (RDO)</b> Noleggio Puntatore mod. Tobii Serie I
<b>Descrizione Gara in busta chiusa (RDO)</b>	
<b>Stato</b> Invito da trasmettere	
<b>Tipo di Gara in busta chiusa (RDO)</b> Gara in busta chiusa (RDO) ad invito (offerta richiesta)	
<b>Valore Gara in busta chiusa (RDO)</b> 12.960	<b>Nascondi Valore ai Fornitori:</b> Si
<b>Valuta:</b> EUR	<b>Valuta della Risposta</b> EUR
<b>Gara in busta chiusa (RDO) di prova</b> No	
<b>Invia Email Certificata</b> Si	
<b>Richiedi Firma digitale delle risposte del fornitore</b> Si	
<b>Consenti Risposte da Raggruppamenti Temporanei di Imprese (RTI)?</b> Si	

**Attributi RdO**

<b>Tipologia RdO</b> Tipologia Procedura
---

**Informazioni Aggiuntive**

<b>Sezione</b> Informazioni sulla Procedura	<b>Descrizione sezione</b>	
<b>Etichetta</b> CIG/Smart CIG	<b>Descrizione</b> CIG/Smart CIG	<b>Risposta</b>
<b>CUP</b> Tipologia Procedura	<b>CUP</b> Selezionare la Tipologia di Procedura	<b>Aff. in economia affidamento diretto</b>
<b>Sezione</b> Selezione Fornitori	<b>Descrizione sezione</b>	

Etichetta	Descrizione	Risposta
Note su Elenco Fornitori invitati	* Indicare, nel presente campo, le motivazioni che hanno portato alla modifica dell'elenco dei Fornitori invitati (ad es: gara ad evidenza pubblica). I documenti che autorizzano la modifica potranno essere inseriti nella sezione "Allegati - non visibili ai fornitori".	Affidamento diretto per distribuzione in esclusiva.
Esito Selezione Fornitori	Esito della selezione dei fornitori da invitare sulla base dell'estrazione effettuata dal sistema.	rfq_308771-02-08-2016-16-45-21.pdf (51 KB)

#### Categoria

AN23 - APPARECCHIATURE MEDICHE

AN52AG29 - AUSILI PER LA COMUNICAZIONE INTERPERSONALE (N.T.COD.En Iso2142)

#### Impostazioni Temporal

Modalità consultazione buste	
In busta chiusa (apertura sequenziale)	
Invito trasmesso automaticamente	Data di trasmissione automatica invito
No	
Data limite richiesta chiarimenti	Ora limite richiesta chiarimenti
08/08/2016	14:00
Data di Chiusura	Ora di Chiusura
09/08/2016	14:00

#### Informazioni Temporal

Gara in busta chiusa (RDO) Ultima modifica-Data	Gara in busta chiusa (RDO) Ultima modifica-Ora
02/08/2016	16:47:25

#### Struttura RDO

Busta di Qualifica	Richiedi Firma Digitale Risposte Fornitori
Si	Si
Busta Tecnica	Richiedi Firma Digitale Risposte Fornitori
Si	Si
Busta Economica	Richiedi Firma Digitale Risposte Fornitori
Si	Si

#### Strategia di Aggiudicazione

Strategia di ordinamento delle Offerte	Miglior Prezzo
Strategia Busta Economica	Prezzo Più Basso

#### Offerte Anomale

Calcolo offerte anomale	No
-------------------------	----

#### Area Visibile ai Fornitori

Percorso	Descrizione	Dimensione cartella
root (1)		2.116 KB
Nome File	Scaricabile	Data - ultima modifica
Lettera d'invito.pdf	Si	02/08/2016
		Descrizione
		Lettera d'invito.
		Dimensione File
		2.116 KB

## Area Interna

Percorso	Descrizione	Dimensione cartella
root (0)		
La Cartella è vuota		

## Fornitori confermati in selezione

Fornitori	Comune	Nome di riferimento	Tel. Fisso	Data d'invito
VITALAIRE ITALIA	MILANO	MARGARIA FRANCO	0240211	

## Busta di Qualifica

Consenti Allegati Generici?

Non attivo

## Busta di Qualifica: 1.1 Documentazione Amministrativa

Descrizione	Descrizione	Tipo Parametro
1.1.1 Lettera di invito firmata digitalmente per accettazione	* Allegare lettera di invito firmata digitalmente per accettazione	Allegato firmato
1.1.2 Dichiarazione di produzione e/o distribuzione in esclusiva	Allegare eventuale dichiarazione di produzione e/o distribuzione in esclusiva.	Allegato firmato

## Parametri Tecnici

Consenti Allegati Generici?

Non attivo

## Parametri Tecnici: 2.1 Documentazione Tecnica

Descrizione	Descrizione	Tipo Parametro
2.1.1 Scheda Tecnica dei Prodotti offerti	* Allegare Scheda Tecnica dei Prodotti offerti firmata digitalmente.	Allegato firmato
2.1.2 Documentazione e/o certificazione conformità	* Allegare ogni documentazione e/o certificazione dalla quale si evidenzi che quanto offerto è conforme alle disposizioni di Leggi vigenti ed alle norme UE;	Allegato firmato
2.1.3 Precisazione termini di garanzia, assistenza e tempi di consegna;	* Allegare precisazione termini di garanzia, assistenza e tempi di consegna, CND e RDM;	Allegato firmato

## Parametri Economici

Consenti Allegati nelle Risposte?

Attivo

Nuova Intestazione Colonna TCO

TCO Visibile ai Fornitori

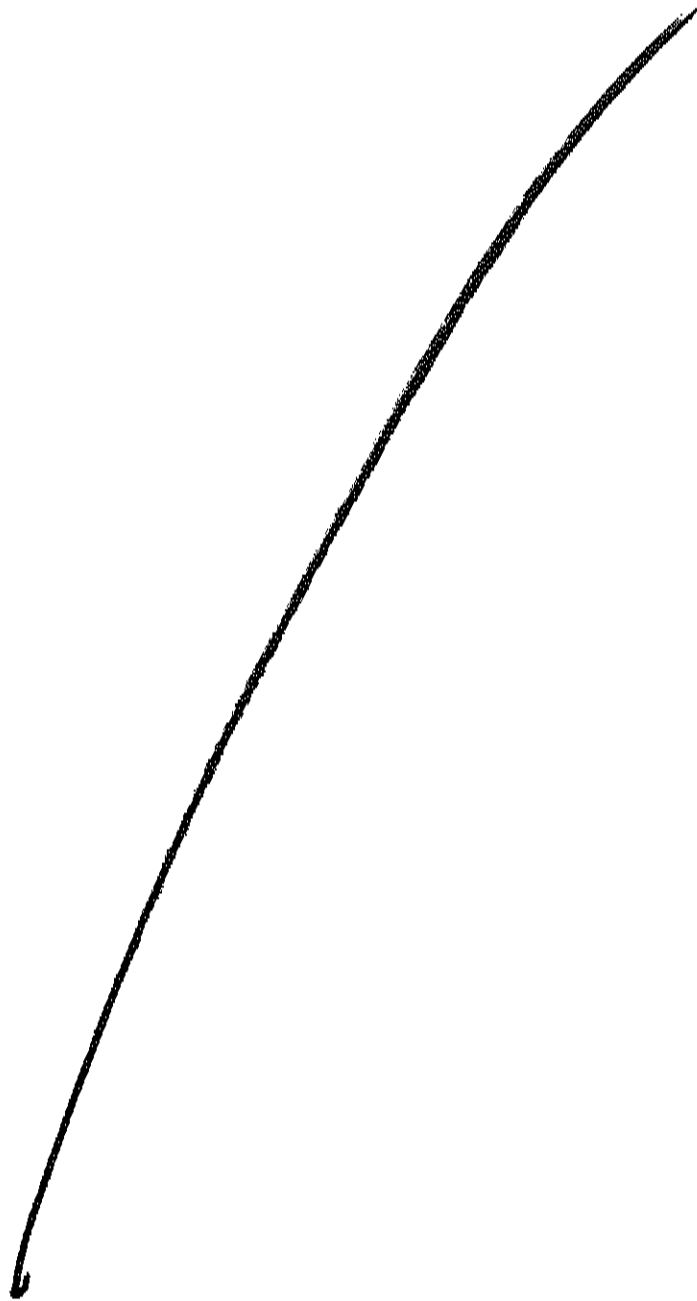
No

## Parametri Economici: 3.1 Offerta Economica

Riferimento	Descrizione	Note	Mostra note	Unità di misura	Quantità	Prezzo di Riferimento	Prezzo Unitario Minimo	Prezzo Unitario Massimo
3.1.1 1	* Offerta Economica per il lotto come indicato nella lettera di invito.		No	Euro	1			

## Parametri Economici: 3.2 Documentazione Economica

Descrizione	Descrizione	Tipo Parametro
3.2.1 Offerta Economica con dettaglio prezzi singoli prodotti offerti.	* Si chiede di allegare l'offerta economica contenente il canone mensile per l'intera fornitura, il codice prodotto, il confezionamento, con e senza IVA, l'aliquota IVA.	Allegato firmato



**DETTAGLIO BANDO DI GARA**

Codice Bando di Gara	Descrizione Bando di Gara	Protocollo Bando di Gara
tender_204366	Provveditorato-Gian Marco Zoncu	

**CONFIGURAZIONE**

Allegato n° 4 alle determinazioni  
 Gen. Provveditorato n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
 Composto di n° 9 fogli

rfq_308771	Noleggio Puntatore mod. Tobii Serie I	
------------	---------------------------------------	--

Tipo di Gara in busta chiusa (RDO)	Modalità consultazione buste	Livello Ordinamento	Livello di Aggiudicazione attuale
Gara in busta chiusa (RDO) ad invito (offerta richiesta)	In busta chiusa (apertura sequenziale)	Globale	Globale (Miglior Prezzo)

Busta di Qualifica	Busta Tecnica	Busta Economica
Si	Si	Si

Strategia di ordinamento delle Offerte	Strategia Busta Economica	Stato Gara in busta chiusa (RDO)
Miglior Prezzo	Vince il prezzo più basso	Valutazione Finale

**ATTRIBUTI RDO**

Tipologia RdO

Tipologia Procedura

**INFORMAZIONI TEMPORALI**

Data di Approvazione per la pubblicazione: 03/08/2016 12:58  
 Data e Ora di Chiusura 09/08/2016 14:00  
 Inizio Fase di Valutazione delle offerte: 10/08/2016 10:49  
 Valutazione iniziata da: Gian Marco Zoncu

**RIEPILOGO RISPOSTE**

Numero di Fornitori Invitati: 1  
 Numero di fornitori che hanno rifiutato l'invito: 0  
 Numero di fornitori esclusi in fase di Pre-Valutazione: 0  
 Numero di fornitori ammessi alle fasi successive di valutazione: 1  
 Numero di fornitori esclusi in fase di Valutazione di Qualifica: 0  
 Numero di fornitori esclusi in fase di Valutazione Tecnica: 0  
 Numero di fornitori esclusi in fase di Valutazione Economica: 0

**ELENCO FORNITORI CHE HANNO DECLINATO L'INVITO**

Non sono presenti elementi da mostrare.

**ELENCO DELLE RISPOSTE FORNITORI ESCLUSE**

Non sono presenti elementi da mostrare.

**ELENCO FORNITORI AMMESSI ALLE FASI SUCCESSIVE DI VALUTAZIONE:**

Fornitore	Data della Risposta	Note
VITALAIRE ITALIA	05/08/2016 10:27:58	

Non ci sono fornitori organizzati in Raggruppamenti Temporanei d'Impresa per questa RFx.

**RISPOSTE DI QUALIFICA DISPONIBILI PER LA VALUTAZIONE**

Fornitore	Data della Risposta
VITALAIRE ITALIA	05/08/2016 10:27:58 da MARGARIA FRANCO

**APERTURA BUSTA DI QUALIFICA**

Data apertura Busta di Qualifica

10/08/2016 10:49

Busta di Qualifica aperta da

Gian Marco Zoncu

Commissione Apertura Buste

No

**BUSTA DI QUALIFICA**

Fornitori Attivi	Membri del Gruppo di Valutazione di Qualifica	Numero Parametri con tipologia di risposta: Data, SI/NO, Lista di valori, Lista Scelta Multipla, Testo, Numerico e Note	Numero Parametri con tipologia di risposta Allegato	Allegati Generici
1	0	0	2	Disabilitato

**DETTAGLI VALUTAZIONE RISPOSTE DI QUALIFICA**

Numero di Fornitori	1
Numero di Parametri	2

Fornitore	VITALAIRE ITALIA
Rifiuto risposta di Qualifica	No
Note di esclusione/Inclusione ufficiali	
Allegato Busta di Qualifica firmata digitalmente	QualEnvelopeSummary.pdf.p7m (46 KB); Non è stato possibile completare i controlli sulla



<b>Allegato Busta di Qualifica firmata digitalmente</b>	firma digitale
<b>Nome Sezione</b>	1.1 Documentazione Amministrativa
<b>Parametro</b>	<b>Descrizione</b>
1.1.1 Lettera di invito firmata digitalmente per accettazione	Allegare lettera di invito firmata digitalmente per accettazione
<b>Valore</b>	
1.1.1. Lettera invito.pdf,p7m	Non è stato possibile completare i controlli sulla firma digitale
<b>Parametro</b>	<b>Descrizione</b>
1.1.2 Dichiarazione di produzione e/o distribuzione in esclusiva	Allegare eventuale dichiarazione di produzione e/o distribuzione in esclusiva.
<b>Valore</b>	
1.1.2_Esclusiva (1).pdf,p7m	Non è stato possibile completare i controlli sulla firma digitale

#### GRUPPO DI VALUTAZIONE DI QUALIFICA

Non sono presenti elementi da mostrare.

#### ATTIVITA' GRUPPO DI VALUTAZIONE DI QUALIFICA

Utente-Gruppo di Valutazione di Qualifica	Fornitore	Primo Accesso - Data e Ora di Apertura
Zoncu Gian Marco	VITALAIRE ITALIA	10/08/2016 10:49

#### CONGELAMENTO VALUTAZIONE DI QUALIFICA

Utente che ha congelato la valutazione	Data & Ora	Fornitori non esclusi	Fornitori esclusi
Gian Marco Zoncu	10/08/2016 12:57	1	0

#### ESITO VALUTAZIONE DI QUALIFICA

Non sono presenti elementi da mostrare.

#### RISPOSTE TECNICHE DISPONIBILI PER LA VALUTAZIONE

Fornitore	Data della Risposta
VITALAIRE ITALIA	05/08/2016 10:27:58 da MARGARIA FRANCO

#### APERTURA BUSTA TECNICA

Data di apertura offerta tecnica 10/08/2016 12:57  
 Offerta tecnica aperta da Gian Marco Zoncu  
 Commissione Apertura Buste No

#### BUSTA TECNICA

Fornitori Attivi	Membri del Gruppo di Valutazione Tecnica	Numero Parametri con tipologia di risposta: Data, SI/NO, Lista di valori, Lista Scelta Multipla, Testo, Numerico e Note	Numero Parametri con tipologia di risposta Allegato	Allegati Generici
1	0	0	3	Disabilitato

**DETTAGLI VALUTAZIONE RISPOSTE TECNICHE**

Numero di Fornitori	1
Numero di Parametri	3

<b>Fornitore</b>	VITALAIRE ITALIA	
<b>Rifiuto Risposta Tecnica</b>	No	
<b>Note di esclusione/inclusione ufficiali</b>		
<b>Allegato Busta Tecnica firmata digitalmente</b>	TechnicalEnvelopeSummary.pdf.p7m (47 KB); Non è stato possibile completare i controlli sulla firma digitale	
<b>Nome Sezione</b>	2.1 Documentazione Tecnica	
<b>Parametro</b>	<b>Descrizione</b>	
2.1.1 Scheda Tecnica dei Prodotti offerti	Allegare Scheda Tecnica dei Prodotti offerti firmata digitalmente.	
<b>Valore</b>		
2.1.1_Scheda tecnica.pdf.p7m	Non è stato possibile completare i controlli sulla firma digitale	
<b>Parametro</b>	<b>Descrizione</b>	
2.1.2 Documentazione e/o certificazione conformità	Allegare ogni documentazione e/o certificazione dalla quale si evidenzi che quanto offerto è conforme alle disposizioni di Leggi vigenti ed alle norme UE;	
<b>Valore</b>		
2.1.2_Dichiarazione conformità.pdf.p7m	Non è stato possibile completare i controlli sulla firma digitale	
<b>Parametro</b>	<b>Descrizione</b>	
2.1.3 Precisazione termini di garanzia, assistenza e tempi di consegna;	Allegare precisazione termini di garanzia, assistenza e tempi di consegna, CND e RDM;	
<b>Valore</b>		
2.1.3 Relazione.pdf.p7m	Non è stato possibile completare i controlli sulla firma digitale	

## GRUPPO DI VALUTAZIONE TECNICA

Non sono presenti elementi da mostrare.

## ATTIVITA' GRUPPO DI VALUTAZIONE TECNICA

Utente-Gruppo di Valutazione Tecnica	Fornitore	Primo Accesso - Data e Ora di Apertura
Gian Marco Zoncu	VITALAIRE ITALIA	10/08/2016 12:57

## CONGELAMENTO VALUTAZIONE TECNICA

Utente che ha congelato la valutazione	Data & Ora	Fornitori non esclusi	Fornitori esclusi
Gian Marco Zoncu	11/08/2016 09:08	1	0

## ESITO VALUTAZIONE TECNICA

Non sono presenti elementi da mostrare.

## RISPOSTE ECONOMICHE DISPONIBILI PER LA VALUTAZIONE

Fornitore	Data della Risposta
VITALAIRE ITALIA	05/08/2016 10:27:58 da MARGARIA FRANCO

## APERTURA BUSTA ECONOMICA

Data apertura offerta economica 11/08/2016 09:08  
 Offerta economica aperta da Gian Marco Zoncu  
 Commissione Apertura Buste No

## BUSTA ECONOMICA

Fornitori Attivi	Membri del Gruppo di Valutazione Economico	Parametri Prezzo inclusi nella Classifica Finale	Parametri Prezzo esclusi dalla Classifica Finale	Allegati Generici
1	0	1	0	Abilitato

## DETTAGLI VALUTAZIONE RISPOSTE ECONOMICHE

Numero di Fornitori	1
Numero di Parametri	2

Fornitore	VITALAIRE ITALIA
Escludi risposta fornitore?	No
Note di esclusione/inclusione ufficiali	
Valuta	EUR

<b>Valuta</b>	EUR
<b>Prezzo totale complessivo</b>	1.080
<b>Allegato Busta Economica firmata digitalmente</b>	PriceEnvelopeSummary.pdf.p7m (49 KB); Non è stato possibile completare i controlli sulla firma digitale
<b>Nome Sezione</b>	3.1 Offerta Economica
<b>Subtotale (Sub-Totale Incluso nel Totale)</b>	1.080

Parametro	Descrizione	
3.1.1.1	Offerta Economica per il lotto come indicato nella lettera di invito.	
Quantità	Prezzo unitario	Totale
1	1.080	1.080

<b>Nome Sezione</b>	3.2 Documentazione Economica	
Parametro	Descrizione	
3.2.1 Offerta Economica con dettaglio prezzi singoli prodotti offerti.	Si chiede di allegare l'offerta economica contenente il canone mensile per l'intera fornitura, il codice prodotto, il confezionamento, con e senza IVA, l'aliquota IVA.	
Valore		
Offerta nolo comunicatore ASL Oristano (2).pdf.p7m		Non è stato possibile completare i controlli sulla firma digitale

**GRUPPO DI VALUTAZIONE ECONOMICA**

Non sono presenti elementi da mostrare.

**ATTIVITA' GRUPPO DI VALUTAZIONE ECONOMICA**

Utente-Gruppo di Valutazione Economica	Fornitore	Primo Accesso - Data e Ora di Apertura
Gian Marco Zoncu	VITALAIRE ITALIA	11/08/2016 09:08

**CONGELAMENTO VALUTAZIONE ECONOMICA**

Utente che ha congelato la valutazione	Data & Ora	Fornitori non esclusi	Fornitori esclusi
Gian Marco Zoncu	11/08/2016 11:49	1	0

**ESITO VALUTAZIONE ECONOMICA**

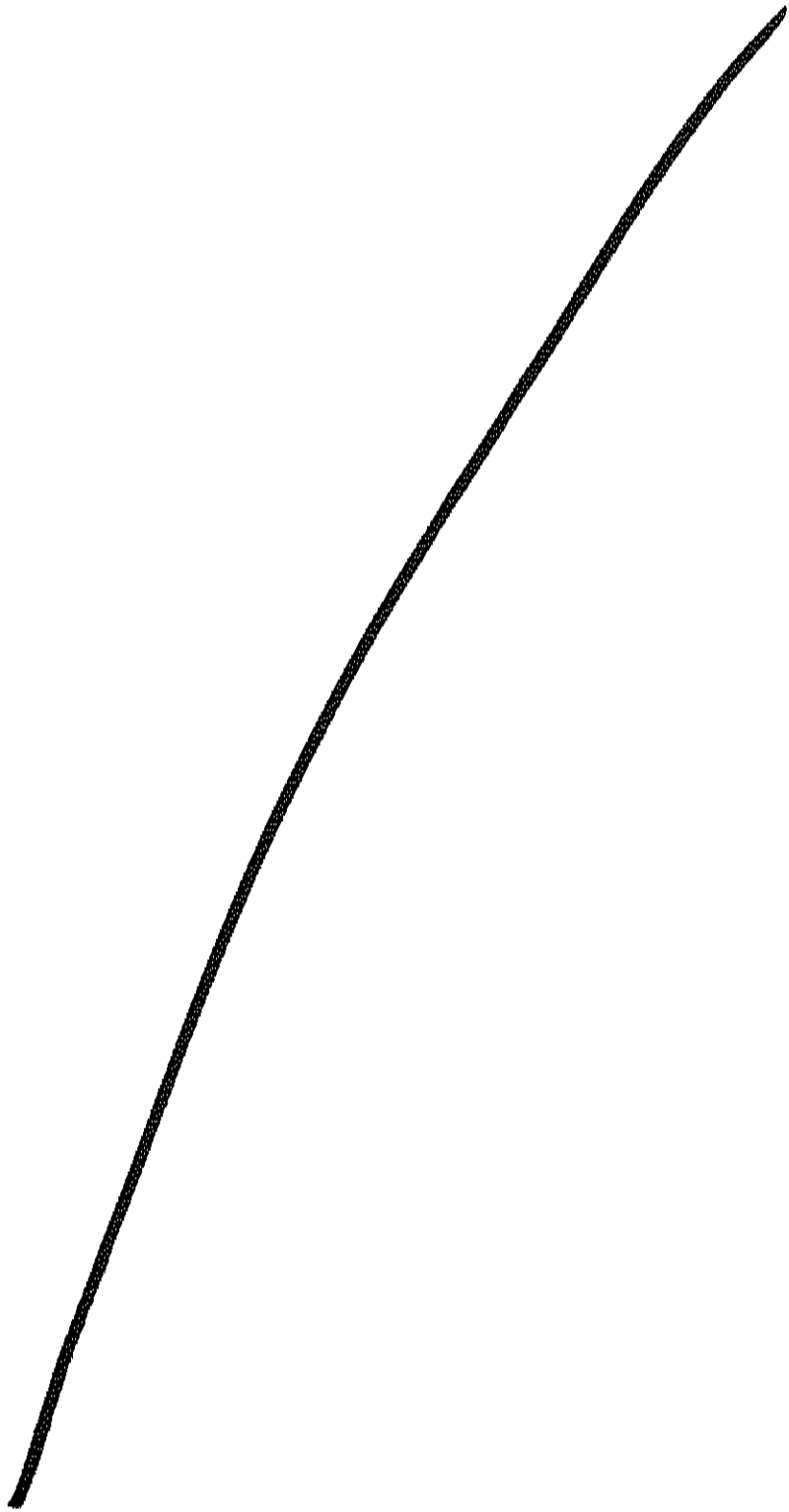
Non sono presenti elementi da mostrare.

**ESCLUSIONE FORNITORE**

Fornitore	Stato Ausiliario Fornitore	Escluso dall'Aggiudicazione
VITALAIRE ITALIA		No

**STORICO DEGLI STATI**

<b>Data Modifica</b>	<b>Area Modificata</b>	<b>Descrizione Modifica</b>	<b>Modificato da</b>	<b>Commenti a modifica</b>	<b>File allegato</b>	<b>Descrizione azione</b>
11/08/20 16 11: 49:27		La fase di Valutazione Economica è stata congelata e la RDO è entrata in fase di Valutazione Finale.	Zoncu Gian Marco			La fase di Valutazione Economica è stata congelata e la RDO è entrata in fase di Valutazione Finale.
11/08/20 16 09: 08:12		La Busta Economica è stata aperta	Zoncu Gian Marco			La Busta Economica è stata aperta
11/08/20 16 09: 08:10		La fase di Valutazione Tecnica è stata congelata e la RDO è entrata in fase di Valutazione Economica.	Zoncu Gian Marco			La fase di Valutazione Tecnica è stata congelata e la RDO è entrata in fase di Valutazione Economica.
10/08/20 16 12: 57:37		La Busta Tecnica è stata Aperta	Zoncu Gian Marco			La Busta Tecnica è stata Aperta
10/08/20 16 12: 57:35		La fase di Valutazione di Qualifica è stata congelata e la RDO è entrata in fase di Valutazione Tecnica.	Zoncu Gian Marco			La fase di Valutazione di Qualifica è stata congelata e la RDO è entrata in fase di Valutazione Tecnica.
10/08/20 16 10: 49:44		La Busta di Qualifica è stata aperta	Zoncu Gian Marco			La Busta di Qualifica è stata aperta
10/08/20 16 10: 49:42		La fase di Pre-valutazione è stata congelata e la RDO è entrata in fase di Valutazione di Qualifica.	Zoncu Gian Marco			La fase di Pre-valutazione è stata congelata e la RDO è entrata in fase di Valutazione di Qualifica.
10/08/20 16 10: 49:27		Valutazione RdO Iniziata	Zoncu Gian Marco			Data di Chiusura RdO: 09/08/2016 14:00:00
03/08/20 16 12: 58:16		La RDO è stata pubblicata.	Muscas Rosalba			La RDO è stata pubblicata.,La RDO si conclude in data: 09/08/2016 14:00:00 .



**CENTRO SANITA' CENTRO NORD**  
 VIA BRODOLINI,29  
 50063 FIGLINE VALDARNO (FI)  
 TEL.: 055-9159311  
 FAX.: 055-9159310  
 VIA MASETTI,16  
 40069 ZOLA PREDOSA (BO)

Spett.le ASL 5 Oristano  
 Servizio Provveditorato  
 Via Carducci, 35 - 09170 Oristano  
 tel. 0783/317780 Fax: 0783/73315  
 e-mail: provveditorato@asl5oristano.it

FIGLINE VALDARNO (FI) 04-08-2016

**OGGETTO: Offerta per noleggio Comunicatore TOBII I ABLE I 15**

In riferimento alla Vs richiesta pervenuta in data 02/08/2016 con Vs Prot. PG/2016/46641/GMZ , VitalAire Italia S.p.a. è lieta di trasmettervi la migliore offerta.

VitalAire Italia S.p.a. garantisce la qualità e la sicurezza dei propri prodotti e servizi.

CODICE	TIPOLOGIA DELLA FORNITURA:	PREZZO UNITARIO IVA ESCLUSA	PREZZO UNITARIO IVA INCLUSA
23344	COMUNICATORE VOCALE iABLE® I 15 A CONTROLLO OCULARE comprensivo di: - STATIVO DA LETTO e/o DA TAVOLO/CARROZZINA - Tastiera e Mouse - Licenza software per la comunicazione iAble® - Licenza software sintesi vocale LoquendoTTS 7.3 - Personalizzazione software iAble® - Installazione - Addestramento dell'utente - Formazione al care giver - Supporto tecnico online all'utente e ai care giver - Backup dei dati personali - Aggiornamento della versione software iAble® in uso per 12 mesi - Manuale D'uso in lingua italiana		
14712	THE GRID LICENZA SOFTWARE PER LA CAA CON GRIGLIE OTTIMIZZATE PER L'INTERAZIONE A CONTROLLO OCULARE PER SISTEMA iABLE MY TOBII		
14711	DOMOTICA / CONTROLLO AMBIENTALE (comprensivo di telecomando) - iAble SR LABS		
<b>CANONE NOLEGGIO FULL RISK MENSILE IVA ESCLUSA</b>		<b>€. 1.080,00</b>	<b>€. 1.123,20</b>

• Il canone noleggio full risk comprende:

- Installazione apparecchio presso domicilio del paziente da Voi indicato o presso altro indirizzo da Voi specificato al momento dell'ordine, con sull'uso e manutenzione dell'apparecchio e dei materiali di consumo
- Interventi illimitati su rottura, con eventuale sostituzione dell'apparecchio guasto con apparecchiatura di pari livello o superiore
- Assistenza tecnica garantita nelle 24 h dalla richiesta su tutto il territorio nazionale
- Tutoraggio in remoto illimitato
- Ritiro, Sanificazione, Revisione e riconfigurazione in caso di riassegnazione
- Eventuali visite per RETRAINING Paziente e/o Care Givers su utilizzo e posizionamento del dispositivo
- Eventuale aggiornamento tecnologico per nuove apparecchiature in sostituzione delle serie precedenti
- Consegna di tutta la documentazione prodotta (Interventi tecnici straordinari ed ordinari, bolle di consegna materiali)
- Servizio di assistenza telefonica attivo dalle ore 09.00 alle ore 18.00
- Report periodico su effettivo utilizzo del dispositivo da parte del paziente

**Condizioni di vendita:**

Iva:..... Vs. carico nei termini di legge

Luogo consegna: specificare se diverso

Tempi di consegna: 15 gg da Vs. ordine

Tempi e Modalità di pagamento: 60 gg. D.F.F.M. (vedi DLGS 231/2002 e successive modifiche)

Validità offerta: A tutto Dicembre 2016

<p>Siamo a Vostra completa disposizione per darVi tutte le informazioni che Vi necessitano, cogliamo l'occasione per porgere distinti saluti.  Riferimenti: TEL. 055-9159302  Commerciale Ing. Filomena D'Antò TEL. 331 6520580</p>	<p><i>Timbro e Firma VITALAIRE</i></p>
---	--