

Dr. A. Cova
2/11/15



ASL Oristano

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

S

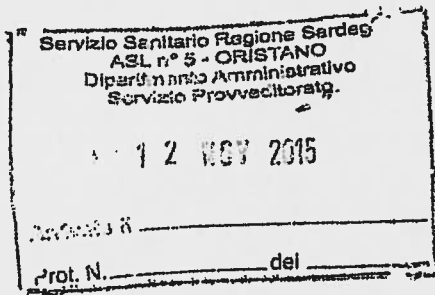
Seiede x
Distretto OR
25/11/15

Economia

Distretto Shil Bone
Dr. Melis S.
13/11/15

Prot. n.NP/2015/12244

Oristano 12/11/2015



[Handwritten signature]

Al Responsabile Servizio Provveditorato
dott.ssa Gesuina Demurtas

Sede

Oggetto: Richiesta MICROINFUSORI x insulina

Si chiede la fornitura dei seguenti microinfusori x insulina:

- Microinfusore Mylife Omnipod starter kit cod 16301-5K N° 1 (x F... A...)
 - Mylife Omni Pack 10 Pack cod. 14810 N° 14 conz x 12 mesi x (F... A...) *NO*
 - Microinfusore Mylife Omnipod starter kit cod 16301-5K N° 1 (x ...)
 - Mylife Omni Pack 10 Pack cod. 14810 N° 14 conz x 12 mesi x (...)
 - Microinfusore Minimed 640 G (BNIT1752PPLGM (viola) N°1 x (...)) *NO*
- Distretto GILARZO*

NB: si allega la documentazione rilasciata dall'ufficio Assistenza Integrativa

Il Direttore farmacia Territoriale ff
Dr.ssa Alessandra Battiato

[Handwritten signature]



ASL Oristano

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

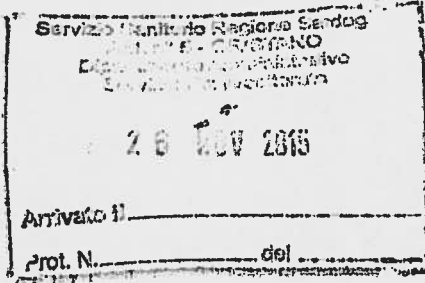
Dsa Deidda

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

Eglulis

Prot. n.NP/2015/12688

Oristano 26/11/2015



Al Responsabile Servizio Provveditorato
dott.ssa Gesuina Demurtas

Sede

Oggetto: Richiesta microinfusore x L. M.

Si richiede il microinfusore x insulina sottoindicato x un paziente di questa ASL (L. M.):

-Mylife Omnipod Starter Kit cod. 16301-5k = N°1

-Mylife Omnidod cod 14810 N° 14 pz x 12 mesi

NB si allega documentazione

in attesa di riscontro
porgo distinti saluti

Il Direttore farmacia Territoriale ff
Dr.ssa Battiato Alessandra

C/A DOTT. SSI
BATTARO.

MICROINFUSORI DA ORDINARE

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

UFFICIO ASSISTENZA INTEGRATIVA



0783 / 317702

ASSISTENZA INTEGRATIVA * Diretta Presidi e Ausili (L.R. 01/08/96 N°34)

Paziente portatore di menomazione funzionale permanente

Prot. n°: 64126 del 22/10/2015 AUTORIZZ. N. 3941 DEL 31/05/2010

Cognome: F Nome: A C.F.

Nato a: il Tel.:

Residente a: Recapito:

Vista la prescrizione dello specialista U.S.L. in data 29/09/2015 Dott. Mastinu Francesco

Si autorizza la fornitura ~~mensile~~ del seguente materiale

N° Presidio Autorizzato

1	* Microinfusore MYLIFE tm OMNIPOD
0	
0	
0	
0	
0	
0	

* Si autorizza il ritiro presso il Servizio Farmaceutico

Parte autorizzativa

Mese di riferimento **OTTOBRE**

Il Direttore del Distretto
Dott. Antonio DeLaboia



Il Funzionario Amministrativo

N.B. Nel caso di Assistenza Indiretta sarà l'invalido ad acquistare e pagare la prestazione sanitaria o il presidio autorizzato, ottenere la fattura quietanzata e intestata a suo nome e chiedere il relativo rimborso a contributo alla U.S.L. competente per territorio, che aveva precedentemente rilasciato l'autorizzazione alla fornitura.

Data Ritiro / /

Per ricevuta / /

DeLaboia

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

UFFICIO ASSISTENZA INTEGRATIVA



0783 / 317702

ASSISTENZA INTEGRATIVA

* Diretta

Presidi e Ausili (L.R. 01/08/96 N°34)

Paziente portatore di menomazione funzionale permanente

Prot. n°: 64126 del 22/10/2015

AUTORIZZ. N. 3941

DEL 31/05/2010

Cognome: F Nome: A C.F. [redacted]

Nato a: [redacted] il [redacted] Tel.: [redacted]

Residente a: [redacted] Recapito: [redacted]

Vista la prescrizione dello specialista U.S.L. in data 29/09/2015 Dott. Mastinu Francesco

Si autorizza la fornitura ANNUALE mensile del seguente materiale

N° Presidio Autorizzato

Table with 2 columns: Quantity (140, 0, 0, 0, 0, 0, 0) and Description (* MYLIFE tm OMNIPOD 10 Pack)

* Si autorizza il ritiro presso Il Servizio Farmaceutico

Parte autorizzativa

Mese di riferimento OTTOBRE

Il Direttore del Distretto

Dott. Antonio Dallabera



Il Funzionario Amministrativo



N.B. Nel caso di Assistenza Indiretta sarà l'invalido ad acquisire e pagare la prestazione sanitaria o il presidio autorizzato, ottenere la fattura quietanzata e intestata a suo nome e chiedere il relativo rimborso a contributo alla U.S.L. competente per territorio, che aveva precedentemente rilasciato l'autorizzazione alla fornitura.

Data Ritiro / /

Per ricevuta

Autorizzazione valida fino al 29/09/2016

Handwritten signature

Al servizio Farmaceutico ASL S. di ORISTANO

Si certifica che il/la signor/ra ...F. A. ... nata a ... il .../.../... e residente a ... in via/p.zza ... C.F. ... è affetta da diabete mellito di tipo 1 ed è seguito/a presso questo Servizio di Diabetologia.

Essendo il suo diabete estremamente instabile e non controllabile, nemmeno con gli attuali schemi di insulino-terapia ad iniezioni multiple, necessita di un apposito sistema con microinfusore programmabile tipo "patch-pump" (senza catetere) per insulina. Si richiede pertanto l'acquisto del microinfusore modello Mylife™ OmniPod®.

Mylife™ OmniPod® è un microinfusore per insulina a gestione innovativa e semplice, che non necessita di catetere di collegamento. E' composto da due parti: il Pod (Microinfusore Patch), che si applica direttamente sulla pelle grazie a un supporto adesivo, e il PDM (palmare di controllo) per la memorizzazione dei dati relativi alla terapia, la programmazione e il monitoraggio wireless del Pod. Il PDM contiene il suggeritore di bolo e guida l'utilizzatore progressivamente nella sostituzione del Pod. Il Pod ha una durata massima di 3 giorni e contiene le batterie necessarie al funzionamento, che non devono quindi essere acquistate come materiale di consumo. Il sistema non richiede l'acquisto di altri componenti (set infusione, scrbatoi, batterie speciali, service packs, adattatori, ecc.)

Mylife™ OmniPod® è l'unico sistema di seconda generazione senza catetere con vantaggi dimostrati clinici e sulla qualità della vita. La non-interruzione della basale (ad esempio per fare sport, lavarsi o fare il bagno) ha vantaggi clinicamente significativi. L'assenza del catetere migliora in maniera significativa la qualità della vita, la libertà e l'autonomia delle persone in terapia microinfusoriale.

Si richiede pertanto l'acquisto di:

N° 1 mylife™ OmniPod® Starter Kit cod. art. 16301-5K N° CND: 1204021601
Identificativo BD/ RDM: 1126848/R

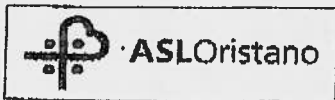
N° 14/anno mylife™ OmniPod® 10 Pack cod. art. 14810 N°
CND: 1204021601
Identificativo BD/ RDM: 1128300/R

Luogo e Data...29/09/2015.....

*Per favore
firmare*

ASL ORISTANO
P.O. "San Martino"
U.O. di Diabetologia e Malattie del Metabolismo
IL DIRETTORE
Dot. Francesco Mastinu

U.O. Diabetologia
In fede
Dr. Madala Gianfranco



Procedura amministrativa per la prescrizione di MICROINFUSORE di insulina secondo il Decreto Regionale 28/01/97 n° 26 (Prestazioni sanitarie integrative straordinarie), Art. 1 n° 4: **"il cui contratto per ragioni di natura tecnica può essere affidato unicamente ad un operatore economico determinato"**, ossia con **dichiarazione di scelta**.

Prescrizine al Sig.: F. [redacted] A. [redacted]

del MICROINFUSORE: Mylife™ OmniPod®.

Si indicano di seguito le caratteristiche uniche del prodotto, importanti per l'utente, non presenti in altri prodotti simili del mercato, che ne determinano la scelta:

- 1. è l'unico sistema di seconda generazione senza catetere

P.17

[Handwritten signature]

ASL Oristano
P.O. "San Martino"
U.O. Diabetologia e Malattie del Metabolismo
IL DIRETTORE
Dot. Francesco Mastinu

[Handwritten signature]

ASL n. 5 Oristano
P.O. «San Martino»
U.O. Diabetologia
Dr. Madau Gianfranco

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

UFFICIO ASSISTENZA INTEGRATIVA



0783 / 317702

ASSISTENZA INTEGRATIVA

* Diretta

Presidi e Ausili (L.R. 01/08/96 N°34)

Paziente portatore di menomazione funzionale permanente

Prot. n°: 67110 del 05/11/2015

AUTORIZZ. N.: 3353

DEL 05/11/2015

Cognome: MA

Nome: L

C.F.

Nato a:

il

Tel.:

Residente a:

Recapito:

Vista la prescrizione dello specialista U.S.L. in data 03/11/2015 Dott. Mastinu Francesco

Si autorizza la fornitura ~~medica~~ del seguente materiale

N° Presidio Autorizzato

1 * Microinfusore MYLIFE tm OMNIPOD
0
0
0
0
0
0
0

* Si autorizza il ritiro presso il Servizio Farmaceutico

Parte autorizzativa

Mese di riferimento NOVEMBRE

Il Direttore del Distretto



Il Funzionario Amministrativo

N.B. Nel caso di Assistenza Indiretta sarà l'invaldo ad acquisire e pagare la prestazione sanitaria o il presidio autorizzato, ottenere la fattura quietanzata e intestata a suo nome e chiedere il relativo rimborso a contributo alla U.S.L. competente per territorio, che aveva precedentemente rilasciato l'autorizzazione alla fornitura.

Data Ritiro / /

Per ricevuta _____

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

UFFICIO ASSISTENZA INTEGRATIVA



0783 / 317702

ASSISTENZA INTEGRATIVA * Diretta Presidi e Ausili (L.R. 01/08/96 N°34)

Paziente portatore di menomazione funzionale permanente

Prot. n°: 67110 del 08/11/2015

AUTORIZZ. N.: 3353 DEL 05/11/2015

Cognome: MA Nome: L C.F. [redacted]
Nato a: [redacted] il [redacted] Tel.: [redacted]
Residente a: [redacted] Recapito: [redacted]

Vista la prescrizione dello specialista U.S.L. in data 03/11/2015 Dott. Mastinu Francesco

APPLICA
Si autorizza la fornitura mensile del seguente materiale

N° Presidio Autorizzato

14 * MYLIFE tm OMNIPOD 10 Pack
1 * MYLIFE tm OMNIPOD Sterter Kit
0
0
0
0
0
0

* Si autorizza il ritiro presso Il Servizio Farmaceutico

Parte autorizzativa

Mese di riferimento NOVEMBRE

Il Direttore del Distretto

Il Funzionario Amministrativo

N.B. Nel caso di Assistenza Indiretta sarà l'invalido ad acquisire e pagare la prestazione sanitaria o il presidio autorizzato, ottenere la fattura quietanzata e intestata a suo nome e chiedere il relativo rimborso a contributo alla U.S.L. competente per territorio, che aveva precedentemente rilasciato l'autorizzazione alla fornitura.

Data Ritiro / /

Per ricevuta _____

Jan
Henrik



ASL Oristano

Servizio di Malattie Metaboliche

e

Diabetologia

AUSL 5 Oristano tel 0783 317298/7

Responsabile Dott. Francesco Mastinu

Dirigenti Medici: Dott. Gianfranco Madau, Anna Rita Angioni, Concetta Clausi, Maria Maddalena Atzeni, Simonetta Zoccheddu

Al servizio Farmaceutico ASL 05 di ORISTANO

Si certifica che il/la signor/ra L. M. nato a il e residente a in via/p.zza, C.F. è affetto da diabete mellito di tipo 1 ed è seguito/a presso questo Servizio di Diabetologia.

Essendo il suo diabete estremamente instabile e non controllabile, nemmeno con gli attuali schemi di insulino-terapia ad iniezioni multiple, necessita di un apposito sistema con microinfusore programmabile tipo "patch-pump" (senza catetere) per insulina. Si richiede pertanto l'acquisto del microinfusore modello MylifeTM OmniPod[®].

MylifeTM OmniPod[®] è un microinfusore per insulina a gestione innovativa e semplice, che non necessita di catetere di collegamento. E' composto da due parti: il Pod (Microinfusore Patch), che si applica direttamente sulla pelle grazie a un supporto adesivo, e il PDM (palmare di controllo) per la memorizzazione dei dati relativi alla terapia, la programmazione e il monitoraggio wireless del Pod. Il PDM contiene il suggeritore di bolo e guida l'utilizzatore progressivamente nella sostituzione del Pod. Il Pod ha una durata massima di 3 giorni e contiene le batterie necessarie al funzionamento, che non devono quindi essere acquistate come materiale di consumo. Il sistema non richiede l'acquisto di altri componenti (set infusione, serbatoi, batterie speciali, service packs, adattatori, ecc.)

MylifeTM OmniPod[®] è l'unico sistema di seconda generazione senza catetere con vantaggi dimostrati clinici e sulla qualità della vita. La non-interruzione della basale (ad esempio per fare sport, lavarsi o fare il bagno) ha vantaggi clinicamente significativi. L'assenza del catetere migliora in maniera significativa la qualità della vita, la libertà e l'autonomia delle persone in terapia microinfusionale.

Si richiede pertanto l'acquisto di:

N° 1 mylife Omnipod Starter Kit cod.16301-5k N CDN 1204021601

Identificativo BD/RDM 1126848/R

N°14/anno mylifeTM OmniPod[®] 10 Pack cod 14810 N°CDN 1204021601

Identificativo BD/RDM 1128300/R

03/11/2015 Prere per i medici
Francesco Mastinu



ASL Oristano

Procedura amministrativa per la prescrizione di MICROINFUSORE di insulina secondo il Decreto Regionale 28/01/97 n° 26 (Prestazioni sanitarie integrative straordinarie), Art. 1 n° 4; ***"il cui contratto per ragioni di natura tecnica può essere affidato unicamente ad un operatore economico determinato"***, ossia con **dichiarazione di scelta**.

Prescrizine al Sig.: M. [REDACTED]

del MICROINFUSORE: MylifeTM OmniPod[®].

Si indicano di seguito le caratteristiche uniche del prodotto, importanti per l'utente, non presenti in altri prodotti simili del mercato, che ne determinano la scelta:

1. è l'unico sistema di seconda generazione senza catetere

23/11/15
Pura prescrizione
fucini

Insulet Corporation

Dichiarazione del distributore esclusivo per l'Italia

27-Maggio-2014

La società:

Insulet Corporation
9 Oak Park Drive
Bedford, MA 01730
Stati Uniti d'America
Corporate telephone +1 781.457.5000
Corporate fax +1 781.457.5011

Produttore della linea di prodotti OmniPod®
Registrati in Italia come segue:

mylife™ OmniPod® Starter Kit *, (incl. PDM Personal Diabetes Manager)**, (SKT ITT600_mg/dL_JT),
Codice articolo 16301-5K, N° CND Z1204021601, Identificativo BD/ RDM 1126848

mylife™ OmniPod® PDM Personal Diabetes Manager , (PDM _ITT600_mg/dL_JT), Codice articolo 15416-
5K, N° CND Z1204021601, Identificativo BD/ RDM 1126852

mylife™ OmniPod® 10Pack , (Confezione da 10 POD), (POD: Microinfusore Patch Monouso), Codice
articolo 14810, N° CND Z1204021601, Identificativo BD/ RDM 1126300

dal rappresentante europeo (EU-REP):

HealthLink Europe BV
De Tweeling 20-22
5215 MC 's-Hertogenbosch
The Netherlands
Phone: +31 13 547 9300
FAX: +31 13 547 9301

Il Produttore ha in essere un valido contratto di distribuzione dei prodotti elencati per un territorio che
include l'Italia con la società:

Ypsomed AG
Brunnmattstrasse 6
3401 Burgdorf
Switzerland
Phone +41 (0)34 424 41 11
Fax +41 (0)34 424 41 22
info@ypsomed.com

In Italia il Gruppo Ypsomed è rappresentato dalla società affiliata:

Ypsomed Italia S.r.l.

Sede legale: Via Giuseppe Frua, 24 - 20146 Milano

Sede operativa: Via Santa Croce, 7 - 21100 Varese Tel: +39 0332 18 90 607

Fax: +39 0332 18 90 605

Società a responsabilità limitata con socio unico Cap. sociale: € 50.000 i.v.

Cod. Fisc./Partita IVA 084 38470965

Reg. Imprese di MI n° 084 38470965

C.C.I.A.A. di Milano N° REA: MI-2026109

PEC: ypsomed.italia@pec.it

La società Ypsomed Italia S.r.l. è sottoposta alla direzione e al coordinamento di Ypsomed AG, sede Brunnmattstrasse 6, 3401 Burgdorf, Svizzera

Il produttore dichiara, che il distributore esclusivo per l'Italia dei prodotti elencati è la società Ypsomed Italia s.r.l.

La presente dichiarazione è rilasciata per l'uso consentito dalle leggi e normative in vigore.

La dichiarazione ha due pagine

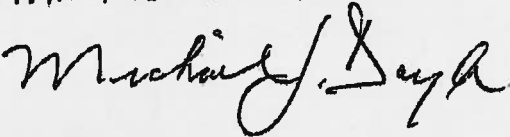
In fede

Data: 27-Maggio-2014

Il legale rappresentante

Nome: MICHAEL J. DOYLE

Firma:



Timbro Produttore:

Insulet Corporation
9 Oak Park Drive
Bedford, MA 01730

Dati generali della procedura

Numero RDO:	1052046
Descrizione RDO:	FORNITURA MICROINFUSORI MYLIFE OMNIPOD
Criterio di aggiudicazione:	Prezzo piu' basso
Numero di Lotti:	1
Unita' di misura dell'offerta economica:	Valori al ribasso
Amministrazione titolare del procedimento	AUSL 5 ORISTANO 00681110953 Via Carducci, 35 ORISTANO OR
Punto Ordinante	Maria Gesuina Demurtas
Soggetto stipulante	Nome: Maria Gesuina Demurtas Amministrazione: AUSL 5 ORISTANO
Codice univoco ufficio - IPA	Non disponibile
Data e ora inizio presentazione offerte:	04/12/2015 07:18
Data e ora termine ultimo presentazione offerte:	10/12/2015 19:00
Data e ora termine ultimo richiesta chiarimenti:	07/12/2015 10:10
Data Limite stipula contratto (Limite validità offerta del Fornitore)	10/01/2016 17:10
Giorni dopo la stipula per Consegna Beni / Decorrenza Servizi:	5
Bandi / Categorie oggetto della RdO:	BSS - Beni e Servizi per la Sanità
Numero fornitori invitati:	1
Segnalazione delle offerte anomale:	si

Lotto 1 - Dettagli

Denominazione lotto	FORNITURA MICROINFUSORI MYLIFE OMNIPOD
CIG	
CUP	

Dati di consegna	Servizio Farmacia Ospedaliera P.O San Martino di Oristano Via rockfeller snc Oristano - 09170 (OR)
Dati di fatturazione	Aliquota IVA di fatturazione: 4% Indirizzo di fatturazione: Via carducci n° 35 Oristano - 09170 (OR)
Termini di pagamento	60gg df
Importo totale a base d'asta	4085,50

Lotto 1 - Schede tecniche

Nome Scheda Tecnica	Mylife Ominipod 10 pack
Quantita'	4

I campi contrassegnati con * sono obbligatori

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
1	* Marca	Tecnico	Valore unico ammesso	YPSOMED
2	* Codice articolo produttore	Tecnico	Valore unico ammesso	14810
3	* Nome commerciale	Tecnico	Valore unico ammesso	MYLIFE OMINIPOD 10 PACK
4	* Codice articolo fornitore	Tecnico	Nessuna regola	
5	* Unità di misura	Tecnico	Lista di scelte	• Pezzo
6	Descrizione tecnica	Tecnico	Nessuna regola	
7	* Codice CND	Tecnico	Lista di scelte	• Z1204021601
8	* Anno di prima immissione sul mercato nazionale/ versione	Tecnico	Nessuna regola	
9	* Range min /max infusione basale [UI/h]	Tecnico	Lista di scelte	• Da 0,05 a 50 • da 0,05 a 60 • da 0,025 a 25

10	* Numero velocità infusione basale	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> • Fino a 12 • da 13 a 18 • da 19 a 24 • oltre 25
11	* Programmazione infusione basale	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> • NO • 15/120 • 15/360 • 15/720 • 30/1440
12	* Modalità di rilascio insulina [frazione UI/h – intervallo in minuti]	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> • 1/20 – 3 minuti • 1/15 – 4 minuti • 1/10 – 6 minuti
13	* Bolo	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> • A richiesta • Programmabile • Programmabile e a richiesta
14	* Bolo max [UI]	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> • Fino a 25 • da 26 a 50 • oltre 51
15	* Schermo	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> • Monocromatico • Colori
16	* Dimensioni pompa (LxAxP) [mm]	Tecnico	Nessuna regola	
17	* Peso (g)	Tecnico	Nessuna regola	
18	* Trasmissione dati	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> • Infrarossi • Bluetooth • Infrarossi e bluetooth
19	* Alimentazione	Tecnico	Nessuna regola	
20	* Interazione con sistema monitoraggio in continuo	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI
21	* Prezzo	Economico	Valore minimo	0

			ammesso
--	--	--	---------

Lotto 1 - Schede tecniche

Nome Scheda Tecnica	Microinfusori per insulina
Quantita'	2

I campi contrassegnati con * sono obbligatori

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
1	* Marca	Tecnico	Valore unico ammesso	YPSOMED
2	* Codice articolo produttore	Tecnico	Valore unico ammesso	16301 - 5K
3	* Nome commerciale	Tecnico	Valore unico ammesso	MYLIFE OMINIPOD
4	* Codice articolo fornitore	Tecnico	Nessuna regola	
5	* Unità di misura	Tecnico	Lista di scelte	• Pezzo
6	Descrizione tecnica	Tecnico	Nessuna regola	
7	* Codice CND	Tecnico	Lista di scelte	• Z1204021601
8	* Anno di prima immissione sul mercato nazionale/versione	Tecnico	Nessuna regola	
9	* Range min /max infusione basale [UI/h]	Tecnico	Lista di scelte	• Da 0,05 a 50 • da 0,05 a 60 • da 0,025 a 25
10	* Numero velocità infusione basale	Tecnico	Lista di scelte	• Fino a 12 • da 13 a 18 • da 19 a 24 • oltre 25
11	* Programmazione infusione basale	Tecnico	Lista di scelte	• NO • 15/120

				<ul style="list-style-type: none"> • 15/360 • 15/720 • 30/1440
12	* Modalità di rilascio insulina [frazione UI/h – intervallo in minuti]	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> • 1/20 – 3 minuti • 1/15 – 4 minuti • 1/10 – 6 minuti
13	* Bolo	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> • A richiesta • Programmabile • Programmabile e a richiesta
14	* Bolo max [UI]	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> • Fino a 25 • da 26 a 50 • oltre 51
15	* Schermo	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> • Monocromatico • Colori
16	* Dimensioni pompa (LxAxP) [mm]	Tecnico	Nessuna regola	
17	* Peso (g)	Tecnico	Nessuna regola	
18	* Trasmissione dati	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> • Infrarossi • Bluetooth • Infrarossi e bluetooth
19	* Alimentazione	Tecnico	Nessuna regola	
20	* Interazione con sistema monitoraggio in continuo	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI
21	* Prezzo	Economico	Valore minimo ammesso	0

Documentazione Allegata alla RdO

Descrizione	Riferimento	Documento
-------------	-------------	-----------

LETTERA D'INVITO	Gara	<u>Lettera D Invito</u> <u>Prot N73826</u> <u>Del02122015.pdf</u> <u>(1.27MB)</u>
------------------	------	--

Richieste ai partecipanti

Descrizione	Lotto	Tipo Richiesta	Modalita' risposta	Obbligatorio	Documento unico per operatori riuniti
LETTERA D'INVITO	Gara	Amministrativa	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	No
Offerta Economica (fac-simile di sistema)	FORNITURA MICROINFUSORI MYLIFE OMNIPOD	Economica	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si

Elenco fornitori invitati

Nr.	Ragione Sociale	Partita iva	Codice fiscale
1	YPSOMED ITALIA S.R.L.	08438570965	08438570965

acquistinretepa.it

Il Portale degli acquisti della Pubblica Amministrazione

Riepilogo delle attività di Esame delle Offerte ricevute

Numero RDO:	1052046
Descrizione RDO:	FORNITURA MICROINFUSORI MYLIFE OMNIPOD
Criterio di aggiudicazione:	Prezzo piu' basso
Unita' di misura dell'offerta economica:	Valori al ribasso
Amministrazione titolare del procedimento	AUSL 5 ORISTANO 00681110953 Via Carducci, 35 ORISTANO OR
Punto Ordinante	Maria Gesuina Demurtas
Soggetto stipulante	Nome: Maria Gesuina Demurtas Amministrazione: AUSL 5 ORISTANO
Codice univoco ufficio - IPA	Non disponibile
Data e ora inizio presentazione offerte:	04/12/2015 07:18
Data e ora termine ultimo presentazione offerte:	10/12/2015 19:00
Data e ora termine ultimo richiesta chiarimenti:	07/12/2015 10:10
Data Limite stipula contratto (Limite validità offerta del Fornitore)	10/01/2016 17:10
Giorni dopo la stipula per Consegna Beni / Decorrenza Servizi:	5
Bandi / Categorie oggetto della RdO:	BSS - Beni e Servizi per la Sanità

Lotto esaminato: 1 FORNITURA MICROINFUSORI MYLIFE OMNIPOD

CIG	
CUP	
Oggetto di Fornitura 1	Mylife Omnipod 10 pack/4/
Oggetto di Fornitura 2	Microinfusori per insulina/2/

Importo totale a base d'asta	4085,50
-------------------------------------	---------

Concorrenti

#	Denominazione	Forma di Partecipazione	Partita IVA	Data Invio Offerta
1	YPSOMED ITALIA S.R.L.	Singola	08438570965	04/12/2015 13:52

ESAME DELLA BUSTA AMMINISTRATIVA	Inizio	Fine
	28/12/2015 08:11:25	28/12/2015 08:13:45

Richieste Amministrative di Gara

Concorrente	LETTERA D'INVITO	
	Valutazione	Note
YPSOMED ITALIA S.R.L.	Approvato	nessuna

Non esistono Richieste Amministrative di Lotto

ESAME DELLA BUSTA ECONOMICA	Inizio	Fine
	28/12/2015 08:14:32	28/12/2015 08:17:40

Concorrente	Offerta Economica (fac-simile di sistema)	
	Valutazione	Note
YPSOMED ITALIA S.R.L.	Approvato	nessuna

Classifica della gara (Prezzo più basso)

Concorrente	Valore complessivo dell'Offerta
YPSOMED ITALIA S.R.L.	4084,76

Note di gara	nessuna
Note specifiche lotto 1	nessuna

acquistinretepa.it

Il Portale degli acquisti della Pubblica Amministrazione

OFFERTA ECONOMICA RELATIVA A:	
Numero RDO	1052046
Nome RDO	RDO per aggiudicazione FORNITURA MICROINFUSORI MYLIFE OMNIPOD
Criterio di Aggiudicazione	Gara al prezzo più basso
Lotto	1 (FORNITURA MICROINFUSORI MYLIFE OMNIPOD)

AMMINISTRAZIONE TITOLARE DEL PROCEDIMENTO	
Amministrazione	AUSL 5 ORISTANO
Partita IVA	00681110953
Indirizzo	Via Carducci, 35 - ORISTANO (OR)
Telefono	0783317780
Fax	078373315
PEC Registro Imprese	PROVVEDITORATO@ASLORISTANO.IT
Punto Ordinante	Demurtas Maria Gesuina

CONCORRENTE	
Ragione Sociale	YPSOMED ITALIA S.R.L. Società a Responsabilità Limitata
Partita IVA	08438570965
Codice Fiscale Impresa	08438570965
Provincia sede registro imprese	MI
Numero iscrizione registro imprese	MI-2026109
Codice Ditta INAIL	19345725/25
n. P.A.T.	21923608/14
Matricola aziendale INPS	8713677421
CCNL applicato	COMMERCIO E TERZIARIO CONF. COMMERCIO
Settore	COMMERCIO
Indirizzo sede legale	VIA SANTA CROCE 7 - VARESE (VA)
Telefono	03321890607
Fax	03321890605
E-mail di Contatto	YPSOMED.ITALIA@PEC.IT
Offerta sottoscritta da	HAAG PETER

L'Offerta irrevocabile ed impegnativa fino al	10/01/2016 17:10
--	------------------

OGGETTO (1 DI 2) DELL'OFFERTA	
Descrizione	Mylife Omnipod 10 pack
Metaprodotto	Dispositivi infusionali
Quantità Richiesta	4
Dati Identificativi dell'oggetto offerto	
Codice Articolo Fornitore	14810
Marca	YPSOMED
Codice Articolo Produttore	14810
Nome Commerciale	MYLIFE OMINIPOD 10 PACK
Offerta Tecnica relativamente all'oggetto richiesto	
Parametro Richiesto	Offerta Tecnica
Unità di misura	Pezzo
Descrizione tecnica	mylife™ OmniPod® è un microinfusore per insulina innovativo e semplice, che non necessita di catetere.
Codice CND	Z1204021601
Anno di prima immissione sul mercato nazionale/versione	2014
Range min /max infusione basale [UI/h]	Da 0,05 a 50
Numero velocità infusione basale	oltre 25
Programmazione infusione basale	15/360
Modalità di rilascio insulina [frazione UI/h – intervallo in minuti]	1/20 – 3 minuti
Bolo	Programmabile e a richiesta
Bolo max [UI]	da 26 a 50
Schermo	Colori
Dimensioni pompa (LxAxP) [mm]	3,9x5,2x1,45
Peso (g)	25
Trasmissione dati	Bluetooth
Alimentazione	autonomo
Interazione con sistema monitoraggio in continuo	NO
Offerta Economica relativamente all'oggetto richiesto	
Parametro Richiesto	Valore Offerto
Prezzo	324,44

OGGETTO (2 DI 2) DELL'OFFERTA	
Descrizione	Microinfusori per insulina
Metaprodotto	Dispositivi infusionali
Quantità Richiesta	2

Dati Identificativi dell'oggetto offerto	
Codice Articolo Fornitore	16301-5k
Marca	YPSOMED
Codice Articolo Produttore	16301 - 5K
Nome Commerciale	MYLIFE OMINIPOD
Offerta Tecnica relativamente all'oggetto richiesto	
Parametro Richiesto	Offerta Tecnica
Unità di misura	Pezzo
Descrizione tecnica	mylife™ OmniPod® è un microinfusore per insulina innovativo e semplice, che non necessita di catetere.
Codice CND	Z1204021601
Anno di prima immissione sul mercato nazionale/versione	2014
Range min /max infusione basale [UI/h]	Da 0,05 a 50
Numero velocità infusione basale	oltre 25
Programmazione infusione basale	15/360
Modalità di rilascio insulina [frazione UI/h – intervallo in minuti]	1/20 – 3 minuti
Bolo	Programmabile e a richiesta
Bolo max [UI]	da 26 a 50
Schermo	Colori
Dimensioni pompa (LxAxP) [mm]	6,2X11,3X2,5
Peso (g)	110
Trasmissione dati	Bluetooth
Alimentazione	batterie alcaline AAA
Interazione con sistema monitoraggio in continuo	NO
Offerta Economica relativamente all'oggetto richiesto	
Parametro Richiesto	Valore Offerito
Prezzo	1393,5

I costi relativi alla sicurezza afferenti all'esercizio dell'attività svolta dall'impresa di cui all'art. 87, comma 4, del D. Lgs 163/2006 sono pari a Euro 0,00

OFFERTA ECONOMICA: 4084,76 Euro Quattromilaottantaquattro/76 Euro
--

INFORMAZIONI DI CONSEGNA E FATTURAZIONE

- **Data Limite per Consegna Beni / Decorrenza Servizi: 5 giorni dalla stipula**
- **Dati di Consegna:**
Servizio Farmacia Ospedaliera P.O San Martino di OristanoVia rockfeller sncOristano - 09170 (OR)
- **Dati di Fatturazione:**
Aliquota IVA di fatturazione: 4%Indirizzo di fatturazione:Via carducci n° 35Oristano - 09170 (OR)
- **Salvo diversa indicazione fornita dall'Amministrazione Ordinante nella documentazione allegata alla RdO, la fattura dell'importo complessivo verrà spedita a:**

AUSL 5 ORISTANO / CODICE FISCALE: 00681110953

- **Termini di pagamento:**
60gg df

Dichiarazione necessaria per la partecipazione alla Richiesta di Offerta

- Il Fornitore è pienamente a conoscenza di quanto previsto dalle Regole di Accesso ed Utilizzo del Mercato Elettronico della PA relativamente alla procedura di acquisto mediante Richiesta di Offerta (artt. 33, 37, 38, 39).
- Il presente documento costituisce una proposta contrattuale rivolta al Punto Ordinate dell'Amministrazione richiedente ai sensi dell'art. 1329 del codice civile, che rimane pertanto valida, efficace ed irrevocabile sino alla Data Ultima Accettazione sopra indicata.
- Il Fornitore dichiara di aver preso piena conoscenza della documentazione predisposta ed inviata dal Punto Ordinate in allegato alla Richiesta di Offerta, prendendo atto e sottoscrivendo per accettazione unitamente al presente documento, ai sensi di quanto previsto dall'art. 39 delle Regole di Accesso ed Utilizzo del Mercato Elettronico, che il relativo Contratto sarà regolato dalle Condizioni Generali di Contratto applicabili al/ai Bene/i Servizio/i offerto/i, nonché dalle eventuali Condizioni particolari di Contratto predisposte e inviate dal Punto Ordinate, obbligandosi, in caso di aggiudicazione, ad osservarle in ogni loro parte.
- Il Fornitore dichiara che con riferimento alla presente Richiesta di Offerta non ha in corso né ha praticato intese e/o pratiche restrittive della concorrenza e del mercato vietate ai sensi della normativa applicabile, ivi inclusi gli articoli 81 e ss. del Trattato CE e gli articoli 2 e ss. della Legge n. 287/1990, e che l'offerta è stata predisposta nel pieno rispetto di tale normativa;
- il Fornitore dichiara di non essere a conoscenza della partecipazione alla presente procedura di soggetti che si trovano rispetto al concorrente dichiarante in una delle situazioni di controllo di cui all'art. 2359 c.c., e di aver formulato autonomamente l'offerta;
- Il Fornitore dichiara che, in caso di aggiudicazione, per il lotto "1" non intende affidare alcuna attività oggetto della presente gara in subappalto;
- Il Fornitore dichiara che per questa impresa nulla osta ai fini dell'art. 10 Legge n. 575 del 31 maggio 1965, e successive modifiche ex art. 9 D.P.R. n. 252 del 3 giugno 1998;
- Il Fornitore dichiara che l'Impresa non ha commesso grave negligenza o malafede nell'esecuzione delle prestazioni affidate dalla Amministrazione titolare della presente Richiesta di Offerta e che non ha commesso un errore grave nell'esercizio della propria attività professionale;
- Il Fornitore è consapevole che, qualora fosse accertata la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, l'Impresa verrà esclusa dalla procedura per la quale è rilasciata, o, se risultata aggiudicataria, decadrà dalla aggiudicazione medesima la quale verrà annullata e/o revocata, e l'Amministrazione titolare della presente Richiesta di Offerta avrà la facoltà di escutere l'eventuale cauzione provvisoria; inoltre, qualora la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione fosse accertata dopo la stipula, questa potrà essere risolta di diritto dalla Amministrazione titolare della presente Richiesta di Offerta ai sensi dell'art. 1456 cod. civ.

Per quanto non espressamente indicato si rinvia a quanto disposto dalle Regole di Accesso al Mercato Elettronico della PA; al Contratto sarà in ogni caso applicabile la disciplina generale e speciale che regola gli acquisti della Pubblica Amministrazione.

Il presente documento di offerta è esente da registrazione ai sensi de Testo Unico del

22/12/1986 n. 917, art. 6 e s.m.i., salvo che in caso d'uso ovvero da quanto diversamente e preventivamente esplicitato dall'Amministrazione nelle Condizioni Particolari di Fornitura della Richiesta di Offerta.

**ATTENZIONE: QUESTO DOCUMENTO NON HA VALORE SE PRIVO DELLA
SOTTOSCRIZIONE A MEZZO FIRMA DIGITALE**