



Prot. n. NP-LOIG-7345

Oristano 12-08-2016

Allegato n° 1 alla deliberazione  
N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Composto di n° 24 fogli.

Al Resp. Servizio  
Provveditorato

SEDE

Oggetto: Richiesta acquisto microinfusore.

Si chiede l'acquisto del dispositivo sotto specificato richiesto dallo specialista per il paziente XXXXXXXXXX regolarmente autorizzato dall'ufficio Protesi:

Cod.	Prodotto	Quantità	Ditta
<del>1230010</del>	TRASMETTITORE GUARDIAN 2 LINK *MMT-7330*	1	MEDTRONIC

Si allega la richiesta autorizzata dal Responsabile della Diabetologia.  
*Il prodotto verrà consegnato quando finire la scheda tecnica*  
Distinti saluti. *W*

IL DIRETTORE f.f.  
FARMACIA TERRITORIALE  
Dr.ssa Marisa Pirastu

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°: 40053 del 30/06/2016

AUTORIZZ. N. 1 DEL 07/05/2014

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_ Recapito: \_\_\_\_\_

Vista la prescrizione dello specialista U.S.L. in data 28/07/2016 Dott. Atzeni Maria Maddalena

Si autorizza la fornitura mensile del seguente materiale

N° Presidio Autorizzato

1	*Trasmittitore GUARDIAN 2 LINK cod.MMT-7330
0	
0	
0	
0	
0	
0	
0	

\* Si autorizza il ritiro presso il Servizio Farmaceutico

Mese di riferimento LUGLIO

Il Direttore del Distretto

*Dott. Antonio Delabona*



Parte autorizzativa

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 \_\_\_\_\_

*Fallo*



Servizio di Malattie Metaboliche e  
DIABETOLOGIA - Oristano

**PIANO TERAPEUTICO**  
Presidi per micronefusore per insulina

Cognome [redacted] nome [redacted] CF [redacted]  
nato a [redacted] il [redacted]  
Residenza [redacted] via [redacted]  
Si richiede l'acquisto di:

trasmettitore GUARDIAN 2 LINK codice MMT-7330 (Kit trasmettitore gurdian con Enlite server)

DATA, 29/06/2016

ASL N° 5 Oristano  
P.O. San Martino  
U.O. di Diabetologia  
Dott.ssa Maria Maddalena Atzeni

A handwritten signature in black ink, appearing to be the name of the doctor, Maria Maddalena Atzeni.

L. DIABETOLOGO



**SERVIZIO SANITARIO – REGIONE SARDEGNA**  
 Servizio Assistenza Farmaceutica – Distretto di Oristano

*o. s. Zocch*  
*h*

Prot. n. MP-2016-2350Oristano 12-07-2016

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

Al Resp. Servizio  
 Provveditorato

SEDE

Oggetto: Richiesta acquisto microinfusore.

Si chiede l'acquisto del microinfusore per insulina sotto specificato richiesto dallo specialista per il paziente [REDACTED] e regolarmente autorizzato dall'ufficio Protesi:

Cod.	Prodotto	Quantità	Ditta
1226597	MINIMED 640G SmartGuard *BNIT1752BLKCGM* Nero	1	MEDTRONIC

Si allega la richiesta autorizzata dal Responsabile della Diabetologia.

Distinti saluti.

IL DIRETTORE f.f.  
 FARMACIA TERRITORIALE  
 Dr.ssa Mariisa Pirastu

**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°: 39230 del 28/06/2016

AUTORIZZ. N. 3488 DEL 25/01/2006

Cognome:                      Nome                      C.F.                     

Nato a:                      il                      Tel.:                     

Residente a:                      Recapito:                     

Vista la prescrizione dello specialista U.S.L. in data 23/06/2016 Dott. Angioni Anna Rita

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

N° Presidio Autorizzato

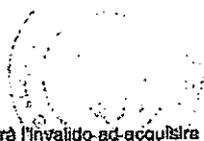
1	* Microinfusore per insulina Medtronic-MINIMED 640G.
0	
0	
0	
0	
0	
0	
0	

\* Si autorizza il ritiro presso il Servizio Farmaceutico

**Parte autorizzativa**

Mese di riferimento/ GIUGNO

**Il Direttore del Distretto**  
*Dott. Antonio Delabona*



**Il Funzionario Amministrativo**

*[Handwritten signature]*

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                                     

*[Handwritten signature]*

Procedura amministrativa per la prescrizione di MICROINFUSORE di insulina e/o del SENSORE che ne integra la funzione con il controllo continuo del tasso del glucosio sottocutaneo, secondo il Decreto Regionale 28/01/97 n° 26 (Prestazioni sanitarie integrative straordinarie), Articolo 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.

Prescrizione al Sig. ██████████

del MICROINFUSORE: MINIMED 640G

e/o del SENSORE: ENLITE

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

1. oltre allarme di sospensione automaticamente dell'infusione in caso di grave ipoglicemia, presenta la possibilità di sospensione predittiva (pre glucosio basso) della basale tramite l'uso dello SMARTGUARD° con ripresa dinamica ed automatica della basale.
2. Possibilità di impostare fino a 8 profili basali configurabili, tra cui profili dedicati Lavoro, Ferie, Malattia;
3. possibilità di programmare fino ad 8 basali temporanee preimpostate.
4. Possibilità di configurare boli preimpostati personalizzati

23/06/2016

*Paucaferousale*  
ASL Oristano  
P.O. "San Martino"  
U.O. di Diabetologia e Malattie del Metabolismo  
Dott. Gianfranco Madau

ASL n° 5 - ORISTANO  
U.O. DI DIABETOLOGIA  
Dott.ssa Anna Rita Arfiori



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 5 -Oristano**

Si certifica che il Sig. [REDACTED] nato a [REDACTED] il [REDACTED] residente a [REDACTED] in [REDACTED] C.F. [REDACTED] è affetto da diabete mellito tipo 1 ed è seguito presso questo centro.

Dal 2005 pratica terapia con infusione continua sottocutanea di insulina.

Poiché il microinfusore attualmente in possesso dal paziente (Paradigm VEO 554) è fuori garanzia, si richiede la sostituzione con un nuovo microinfusore.

Il paziente ha eseguito un adeguato periodo di training sullo strumento e risulta idoneo all'utilizzo, per le sue capacità psico-attitudinali e tecnico logistiche della malattia.

Pertanto si richiede l'acquisto di:

**n°1 microinfusore sistema integrato Medtronic-MiniMed denominato Mod. Minimed 640G BNIT1752BLKCGM (NERO)**

Tale sistema è composto dal microinfusore programmabile di insulina con rilevazione in continuo della glicemia e lettura in tempo reale sul display del microinfusore stesso. Il sistema **Minimed 640G** tramite un sensore sottocutaneo connesso ad un trasmettitore a radio frequenza rileva ogni 10 secondi i livelli di glucosio e li visualizza ogni cinque minuti, allertando il paziente quando i livelli diventano troppo alti o troppo bassi.

Tale sistema integrato di infusione di insulina e monitoraggio in continuo del glucosio è interfacciato direttamente sul display del microinfusore con tecnologia che consente di sospendere e riavviare automaticamente l'erogazione dell'infusione di insulina basale sulla base di valori di glucosio rilevati dal sensore e dei limiti impostati.

Presenta inoltre la possibilità di sospensione predittiva (pre glucosio basso) della basale tramite l'uso dello SMARTGUARD® con ripresa dinamica ed automatica della basale.

Le caratteristiche salienti del sistema MiniMed 640G sono:

- Menù semplificati con **navigazione intuitiva**, accesso rapido alle funzioni di base
  - **Icone di riferimento** rapido sul display per **batteria, serbatoio e modalità audio**
  - Velocità Basale minima **0,025U/ora**
  - Fino a **8 profili basali** configurabili, tra cui profili dedicati Lavoro, Ferie, Malattia
  - Basale **temporanea** e configurazione di **basali temporanee preimpostate**
  - Erogazione **bolo** da **0,025 a 75 U**, con velocità di erogazione standard [1,5 U/min] o veloce [15 U/min]
  - Funzione **bolo rapido**
  - Calcolatore **Bolus Wizard™**
  - **Barra di avanzamento del bolo** visualizzata durante l'erogazione
  - Funzione **arresta bolo**
  - Possibilità di configurare **boli preimpostati personalizzati**
  - Visualizzazione **insulina attiva**
  - Previsione esaurimento **batteria**
  - **Promemoria** personalizzabili
  - **Dimensioni e peso contenuti**: solo 92 grammi e cm 5,3 (larghezza) x 8,5 (lunghezza) x 2,44 (profondità)
  - **Design ergonomico** ottimizzato sia per destri che mancini
  - Disponibile in versione con serbatoio da **1,8 ml** o da **3,0 ml**
  - Set di infusione e serbatoi con **sistema di connessione MiniMed®** brevettato
  - **Display a colori** ad elevata visibilità con regolazione automatica della luminosità
- Impermeabile, IPX8** (immersione continua in acqua fino a 3,6 m per 24 ore)

In particolare relativamente alle funzioni integrate CGM:

- Monitoraggio continuo del glucosio integrato con **Tecnologia SmartGuard™**, che consente di sospendere e riavviare automaticamente l'erogazione di insulina sulla base dei valori di glucosio rilevati dal sensore e dei limiti impostati:
- **Sospensione predittiva** in ipoglicemia della basale
- **Ripresa dinamica** e automatica della basale
- Possibilità di configurare **limiti di glucosio basso differenziati per fasce orarie**

- Nuovo trasmettitore **Guardian2 Link™**, consente la memorizzazione fino a 10 ore di dati in assenza di collegamento con il sistema MiniMed® 640G
- **Allarmi audio** più forti e con **volume regolabile e vibrazione**
- **Grafici in tempo reale sull'andamento del glucosio e icone di riferimento** rapido sul display per sensore, trasmettitore e funzioni di connettività
- **Allarmi sui limiti di iperglicemia:**
  - Avviso di **aumento rapido** dei valori di glucosio
  - Avviso **predittivo** di avvicinamento al limite di **glucosio alto** (*Pre glucosio alto*)
  - Avviso al raggiungimento del **limite di glucosio alto**
- **Funzioni e allarmi sui limiti di ipoglicemia:**
  - **Sospensione predittiva** (*Pre glucosio basso*)
  - Avviso **predittivo** di avvicinamento al limite di **glucosio basso** (*Pre glucosio basso*)
  - **Sospensione per glucosio basso (LGS)**
    - Avviso al raggiungimento del **limite di glucosio basso**

Integrazione con glucometro Contour Next Link di Bayer per misurazioni accurate e più funzioni in un solo dispositivo:

- Glucometro collegato **Contour® Next Link 2.4 di Bayer**
- **Strisce reattive Contour® Next** ad elevata precisione
- Invio wireless delle **glicemie** al sistema MiniMed® 640G
- Funzione **telecomando**
- Funzione **bolo remoto** per comandare a distanza l'erogazione del bolo normale o di boli preimpostati
- Funzione di chiavetta per **scarico dati** su piattaforma CareLink™

Sistema di gestione dei dati terapeutici in telemedicina:

- **Scarico dati su piattaforma CareLink™** con chiavetta dedicata CareLink™ USB o utilizzando il glucometro Contour® Next Link 2.4 di Bayer
- Sistema per l'ottimizzazione terapeutica **CareLink™ PRO** che offre report intuitivi sull'andamento glicemico e indicazioni terapeutiche utili per ottimizzare la terapia dei propri pazienti
- Possibilità di **accesso remoto** ai dati del programma **CareLink™ Personal**

Altresì il paziente potrà prendere decisioni immediate su alimentazione, esercizio fisico, terapia insulinica in base alle necessità del momento.

Si dichiara inoltre che è l'unica apparecchiatura a nostra conoscenza con tali caratteristiche

Il paziente per il funzionamento del sistema necessita anche dei relativi set per infusione

Mediante il Set (catetere ,serbatoio e sensore) va sostituito ogni tre giorni per cui si prevede un fabbisogno annuo pari a :

- n. 15 confezioni da 10 pz. di reservoir da 13 ml Mod. 332A( MiniMed (pari a 150 pz.)
- n. 15 confezioni da 10 pz. di cateteri per infusione Quick-Set( 60 cm ) Mod 397 MiniMed ( pari a 150 pz.)
- n. 3 confezioni di batterie ministilo Energizer tipo AA da 1,5 Vmod ACC-LR6
- n. 12 confezioni ( 1 pz.) di sensori per la rilevazione in continuo della glicemia Mod. 7008B MiniMed (pari a 12 unità)

Data 23/06/2016

In fede

Dssa Anna Rita Angioni

*Paulella*  
P.O. "San Martino"  
C. di Diabetologia e Metabolismo  
Dott. Gianfranco Madau

ASL N. 5 - ORISTANO  
P.O. "San Martino"  
U.O. DI DIABETOLOGIA  
Dott.ssa Anna Rita Angioni

5



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

*e. r. Zuccher*  
*Al*

Prot. n. NP-2016-7351

Oristano 12-07-2016

Servizio Sanitario Regione Sardegna ASL n° 5 - ORISTANO Dipartimento Farmaceutico Servizio Assistenza Farmaceutica	
12 LUG 2016	
Arrivato il _____	
Prot. N. _____	del _____

Al Resp. Servizio  
Provveditorato

SEDE

Oggetto: Richiesta acquisto microinfusore.

Si chiede l'acquisto del sistema di monitoraggio sotto specificato richiesto dallo specialista per il paziente [redacted] regolarmente autorizzato dall'ufficio Protesi:

Cod.	Prodotto	Quantità	Ditta
1190611	DEXCOM G4 STARTER KIT RT (1 RICEVIT+1 TRASMET) *07172745001*	1	ROCHE DIAGNOSTICS

Si allega la richiesta autorizzata dal Responsabile della Diabetologia.

Distinti saluti.

IL DIRETTORE f.f.  
FARMACIA TERRITORIALE  
Dr.ssa Marisa Pirastu

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

Prof. n°: 34363 del 07/06/2016 AUTORIZZ. N. 5282 DEL 09/06/2015

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_ Recapito: \_\_\_\_\_

Vista la prescrizione dello specialista U.S.L. in data 25/05/2016 Dott. U.S.L. 5 (OR)

ANNO

Si autorizza la fornitura mensile del seguente materiale

N° Presidio Autorizzato

1	* DEXCOMG4 starter Kit
3	* DEXCOMG4 sensori
14	* Set infusione Accu Chek FlexLink
2	* Accu-Chekflex Link cannule
1	* Accu-Chek LinkAssist
7	* Cartuccia EASY FILL
6	* Accu-Chek ComboServicePack

\* Si autorizza il ritiro presso il Servizio Farmaceutico

Parte autorizzativa

Mese di riferimento **GIUGNO**

Il Direttore del Distretto

Dott. Antonio Palabina



N.B. Nel caso di Assistenza Indiretta sarà invalido ad acquisire e pagare la prestazione sanitaria o il presidio autorizzato, ottenere la fattura intestata 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 famiglia.

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

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

Autorizzazione valida fino al 25/05/2017

*Handwritten signature*



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO DELL' IGIENE E SANITA' E DELL' ASSISTENZA SOCIALE

PIANO TERAPEUTICO

AZIENDA U.S.L. N° 5

AMBULATORIO DI DIABETOLOGIA PEDIATRICA

Cognome [REDACTED]

II [REDACTED]

Residente in [REDACTED]

U.S.L. di residenza dell'assistito [REDACTED]

Regione Sardegna

Medico curante :

Nato [REDACTED]

Codice fiscale : [REDACTED]

Via [REDACTED]

Provincia [REDACTED]

Diagnosi: Diabete mellito tipo 1

Codice malattia 013 250

Formulata in data 16/07/2014

Struttura: Unità Operativa di Pediatria Ospedale San Martino

Sede: Oristano

Presidio

n° 14 conf. Accu Check Flex Link set 6/60 codice: 06593909001;

n° 2 conf. Accu Check Flex Link cannule 6mm codice: 06593941001-

n° 1 Accu Check Flex Link Assist codice: 04530039001

n° 7 conf. Cartuccia Easy Fill da 3,15 ml(25 pezzi per conf.) codice: 05206073001

n° 6 conf. Accu Check Spirit Combo Service Pack codice: 05337321001

**SENSORI**Sensori per rilevazione glicemia n° 2 conf. di sensori

Dexcom G4 Platinum Starter Kit ( 1 ricevitore + 1 trasmettitore) Conf. N°1 codice: 07172745001

Dexcom G4 Platinum Sensori (conf. Composta da n° 4 sensori e n° 4 insertori) Conf. N° 3 codice: 06781993001

Durata prevista del trattamento un anno

Data 20/05/2016

Timbro e Firma del Medico Referente 1

Azienda U.S.L. n. 5 - Oristano

P.O. San Martino

U.O. Pediatria e Neonatologia

Dr. [REDACTED]

1 Da redigere in triplice copia e inviare al Servizio Farmaceutico della ASL di residenza dell' assistito ed al Medico Curante che ha in carico l' Assistito  
 2 Timbro della struttura autorizzata (Centro di riferimento). Timbro e firma del Medico Referente



ASL Oristano

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

Prot. n. DP-2016-8278Oristano 9/8/16

Al Resp. Servizio  
 Provveditorato

SEDE

G.M. Zucchi  
 9/8/2016  
 RT

Oggetto: Richiesta acquisto microinfusore.

Si chiede l'acquisto del microinfusore per insulina sotto specificato richiesto dallo specialista per il paziente **[REDACTED]** e regolarmente autorizzato dall'ufficio Protesi:

Cod.	Prodotto	Quantità	Ditta
1228155	MICROINFUSORE ANIMAS VIBE G4 PLATINUM BLU *114-510-04-G4*	1	MEDICAL

Si allega la richiesta e l'autorizzazione dell'Ufficio Protesi.

Distinti saluti.

Servizio Sanitario Regione Sardegna ASL n° 5 - ORISTANO Dipartimento Amministrativo Servizio Provveditorato	
# - 9 AGO 2016	
Arrivato il _____	
Prot. N. _____	del _____

IL DIRETTORE f.f.  
 FARMACIA TERRITORIALE  
 Dr.ssa Marisa Pirastu



**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°: 44182 del 19/07/2016 AUTORIZZ. N. 5866 DEL 19/07/2016

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_ Recapito: \_\_\_\_\_

Vista la prescrizione dello specialista U.S.L. in data 12/07/2016 Dott. Osp.Brotzu (CA)

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

*N° Presidio Autorizzato*

1	* Microinfusore per insulina ANIMAS VIBE COLORE BLU
0	
0	
0	
0	
0	
0	
0	

\* Si autorizza il ritiro presso il Servizio Farmaceutico

**Parte autorizzativa**

Mese di riferimento **LUGLIO**

**Il Direttore del Distretto**

*Dott. Antonio Delabarro*



**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 \_\_\_\_\_



ASL Oristano

DISTRETTO SOCIO SANITARIO ORISTANO

UFFICIO ASSISTENZA PROTETTIVA

0783/317030 - Fax 0783/317082

SCUOLA OSPEDALIERA "G. BROTTU"  
CAGLIARI - REGIONE SARDEGNA  
CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE  
DIABETE INFANTO GIOVANILE  
DIRETTORE: Don. PAOLO PUSCEDDU

DICHIARAZIONE DI SCELTA

In relazione alla prescrizione (descrizione presidio):

Micio in furore, Amias vide G<sub>1</sub> con un microscopio  
Dexcom G<sub>4</sub> integratore calcitonin di base con triole  
Albumina: fu verificato personalizzato e  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Per l'assistito/a \_\_\_\_\_

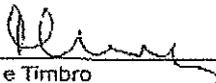
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

Data 18-07-16

Dott.ssa Chessa Margherita  
Diabetologia Pediatrica  
A.O. "G. BROTTU" - CAGLIARI

**Il Medico Specialista**

  
Firma e Timbro

MICROINFUSORE PER INSULINA ANIMAS VIBE S/N \_\_\_\_\_

- 114-510-04 Animas Vibe microinfusore per insulina Colore: Blu (senza trasmettitore)
- 114-511-04 Animas Vibe microinfusore per insulina Colore: Nero (senza trasmettitore)
- 114-512-04 Animas Vibe microinfusore per insulina Colore: Argento (senza trasmettitore)
- 114-514-04 Animas Vibe microinfusore per insulina Colore: Rosa (senza trasmettitore)
- 114-515-04 Animas Vibe microinfusore per insulina Colore: Verde (senza trasmettitore)
  
- 114-510-04-G4 Animas Vibe microinfusore per insulina Colore: Blu
- 114-511-04-G4 Animas Vibe microinfusore per insulina Colore: Nero
- 114-512-04-G4 Animas Vibe microinfusore per insulina Colore: Argento
- 114-514-04-G4 Animas Vibe microinfusore per insulina Colore: Rosa
- 114-515-04-G4 Animas Vibe microinfusore per insulina Colore: Verde

Data 12/07/2016

Il Diabetologo

Dr. \_\_\_\_\_

*Chessa*  
**Dott.ssa Chessa Margherita**  
**Diabetologia Pediatrica**  
**A.O. "G. BROTZU" - CAGLIARI**



**SERVIZIO SANITARIO – REGIONE SARDEGNA**  
 Servizio Assistenza Farmaceutica – Distretto di Oristano

Prot. n. NP-2016-8279

Oristano 9/8/16

Servizio Sanitario Regione Sardegna ASL n° 5 - ORISTANO Dipartimento Amministrativo Servizio Provveditorato  - 9 AGO 2016  Arrivato il _____ Prot. N. _____ del _____
---

Al Resp. Servizio  
 Provveditorato

SEDE

*G.M. Zuccu*  
*9/8/2016*  
*RT*

Oggetto: Richiesta acquisto microinfusore.

Si chiede l'acquisto del microinfusore per insulina sotto specificato richiesto dallo specialista per il paziente ██████████ regolarmente autorizzato dall'ufficio Protesi:

Cod.	Prodotto	Quantità	Ditta
1217337	ACCU-CHEK INSIGHT KIT *07035799001*	1	ROCHE
1217167	DEXCOM G4 STARTER KIT RT (1 RICEVIT+1 TRASMET) *07172745001*	1	ROCHE

Si allegano la dichiarazione di scelta del Responsabile della Diabetologia e l'autorizzazione dell'Ufficio Protesi.

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL SERVIZIO f.f.  
 Dr.ssa Marisa Pirastu

**SERVIZIO SANITARIO - Regione Sardegna**  
**AZIENDA U.S.L. N.5 - ORISTANO**  
*Servizio di Assistenza Riabilitativa ai Soggetti Disabili*  
**Distretto di ALES-TERRALBA**

**UFFICIO ASSISTENZA INTEGRATIVA**



0783/851020-1012

ASSISTENZA INTEGRATIVA

\* Diretta

Presidi e Ausili (L.R. 01/08/96 N°34)

**Paziente portatore di menomazione funzionale permanente**

Prot n°: 43929 del 18/07/2016

AUTORIZZ. N.: 1241 DEL 06/07/2016

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_  
 Nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Residente a: \_\_\_\_\_ Recapito: \_\_\_\_\_

Vista la prescrizione dello specialista U.S.L. in data 06/07/2016 Dott. U.S.L. 5 (OR)

**Si autorizza la fornitura \_\_\_\_\_ del seguente materiale**

N° *Presidio Autorizzato*

1	* Microinfusore Accu.Chek Insight Kit
1	* Sistema monitoraggio DexCom G4
0	
0	
0	
0	
0	
0	

\* Si autorizza il ritiro presso il Servizio Farmaceutico

**Parte autorizzativa**

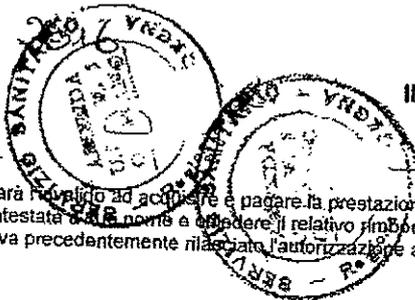
Mese di riferimento LUGLIO

**Il Direttore di Distretto**

*Dott. Peppinetto-Figus*

**Il Funzionario Amministrativo**

*Sig.ra Patrizia Pira*



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

**27 LUG 2016**

Data Ritiro  / /

Per ricevuta *Gazzou Simona*



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE –REGIONE SARDEGNA

A.S.L. n° 5 di Oristano Presidio Ospedaliero San Martino

Unità Operativa di Pediatria

Primario Dott.G.M.Zanda

Tel: 0783/320060

Ambulatorio Pediatrico

di Diabetologia

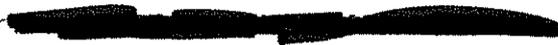
~~Oggetto: Prescrizione Microinfusore e sistema monitoraggio in continuo della glicemia~~

~~DEXCOM G 4~~

Alla cortese attenzione del presidio di Ales

Dichiarazione di scelta

Procedura amministrativa per la prescrizione di MICROINFUSORE di insulina e del sistema di monitoraggio in continuo della glicemia che ne integra la funzione, secondo il Decreto Regionale 28/01/97 n° 26 (Prestazioni sanitarie integrative straordinarie), Articolo 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.

Prescrizione per 

del MICROINFUSORE: ACCU-CHEK INSIGHT KIT

SISTEMA MONITORAGGIO: DEXCOM G 4



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

1. Possibilità di impostare fino a 5 profili basali configurabili in base alle esigenze del paziente
2. Erogazione basale oraria minima di 0,02U/h fino ad un massimo di 25U/h con incrementi di 0,01U/h(fino 1,00U/h) 0,05(fino a 10,0U/h) e 0,1(fino a 50,0U/h) con intervalli di 15min.
3. Promemoria e memorizzazione dati

Oristano 06/07/2016

AZIENDA S.P.A. S. MARTINO - ORISTANO  
RESIDIO OSPEDALIERO - SAN MARTINO  
UNITA' OPERATIVA DI PEDIATRIA E NEONATOLOGIA  
Dr. Giovanni Zanà

Azienda S.P.A. S. Martino - Oristano  
U.O. San Martino  
U.O. Pediatria e Neonatologia  
Dr. Mery Luisa

Si prevede il seguente fabbisogno annuo di materiale consumabile Accu-chek

Accu-Chek Insight Battery Cover

confezioni 2

Codice 06411614001 (quantità: 2 pz)

Set d'infusione Accu-Chek FlexLink

confezioni 14

Confezioni composte da 10 set completi (ogni set contiene n. 1 ago cannula e n. 1 catetere).

Ago cannula in teflon da 6 mm (angolo di inserimento 90°) e catetere separato scollegabile da 40,

~~CM~~

~~Confezioni con Ago da 6 mm~~

~~Codice 06477976001 (catetere da 40 cm)~~

Ago cannula Accu-Chek FlexLink

confezioni 14

Confezioni composte da 10 set singoli (ogni set contiene n. 1 ago cannula).

Ago cannula in teflon 6 mm (angolo di inserimento 90°).

Conf.ni con Ago da 6 mm

Codice 06541801001 (aghi cannula 6 mm)

Accu-Chek LinkAssist Plus

confezioni 1

Codice 05511097001 (quantità: 1 pz)

6  
AZIENDA U.S.L. n. 5 ORISTANO  
RESIDIO OSPEDALIERO "SAN MARTINO"  
UNITA' OPERATIVA DI PEDIATRIA E NEONATOLOGIA  
Sede in Or. Oristano Zan

Azienda U.S.L. n. 5 - Oristano  
P.O. San Martino  
U.O. Pediatria e Neonatologia  
Dr. Meru Luisa

Oristano 06/07/2016



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

---

Unità Operativa di Pediatria e Neonatologia, P.O. "San Martino"  
Direttore Dott.G.M.Zanda  
Tel 0783/320060

Ambulatorio Pediatrico  
di diabetologia

Oggetto: Richiesta del sistema Di Monitoraggio in continuo della glicemia DEXCOM G 4

Si certifica che [redacted] nata a Cagliari [redacted] residente [redacted]

[redacted] C.F. [redacted] è affetta da Diabete Mellito di Tipo 1 con esordio 03/03/2016 ed è seguito presso questo Centro di Diabetologia.

Essendo il suo Diabete instabile e non controllabile, nemmeno con gli attuali schemi terapeutici, presentando numerose ipoglicemie non percepite dalla piccola paziente, necessita di un apposito sistema per il monitoraggio glicemico in continuo.

L'utilizzo di uno strumento per il monitoraggio in continuo della glicemia consente la visualizzazione immediata dei valori glicemici e della loro dinamica temporale. Questa prerogativa, associata ad un sistema di allarmi per la ipo- e la iperglicemia, rende possibili adattamenti terapeutici e provvedimenti correttivi estemporanei, configurando quindi uno strumento prevalentemente tarato sulle esigenze della piccola paziente.

Il ricorrente riscontro di iperglicemia al risveglio, rappresenta un problema molto frequente nella comune gestione clinica del paziente con DMT1. Una efficace correzione terapeutica di questo fenomeno richiede necessariamente l'identificazione del "pattern" glicemico prevalente nelle ore notturne. In particolare occorre distinguere fra una iperglicemia sostenuta nell'arco della notte, il verificarsi di ipoglicemie inavvertite, con successivo "rebound iperglicemico", un innalzamento nelle prime ore del mattino dovuto al "fenomeno alba". A questo scopo il CGM presenta indubbi vantaggi rispetto ad un controllo intermittente con SMBG che, per quanto intensificato (con conseguente alterazione del normale rapporto sonno/veglia, disturbo per il paziente e

conseguente scarsa accettazione), rischia comunque di non "centrare" le fasce orarie più significative.

Inoltre l'uso continuativo consente di poter evidenziare le ipoglicemie asintomatiche, di ridurre gli eventi ipo e iperglicemici aumentando il tempo trascorso in normoglicemia e di ridurre in modo significativo i valori di HbA1c.

Per questo in base alle esigenze terapeutiche e al percorso educativo a cui è stato avviato il paziente, si è convenuto l'utilizzo del sistema Dexcom G4.

Si richiede pertanto l'ordine URGENTE del sistema di monitoraggio in continuo DEXCOM G4 distribuito da Roche Diagnostics e relativi sensori:

1. 07172745001 DexCom G4 Platinum Starter Kit conf.1

(include 1 ricevitore e 1 trasmettitore)

~~2. 05781993001 DexCom G4 Platinum Sensori conf.4~~

(Confezione composta da n. 4 sensori e n. 4 insertori)

*L. e. c. p.*  
*M.*  
AZIENDA U.S.L. N.5 - ORISTANO  
RESIDIO OSPEDALIERO "SAN MARTINO"  
SERVIZIO OPERATIVO DI PEDIATRIA E NEONATOLOGIA  
DIRETTORE Dr. Giovanni Zappalà

Azienda U.S.L. n. 5 - Oristano  
P.O. San Martino  
U.O. Pediatria e Neonatologia  
Dr. Meloni Luisa

Oristano 06/07/2016

DATI GENERALI DELLA PROCEDURA	
Numero Trattativa	3003
Descrizione	Microinfusore e holter glicemici
Tipologia di trattativa	Procedura negoziata senza pubblicazione del bando, con un solo operatore economico (art. 63 D.Lgs. 50/2016)
Soglia di rilevanza comunitaria	Sotto soglia
Modalità di svolgimento della procedura	Telematica (on line)
Modalità di definizione dell'offerta	Prezzi unitari
CIG	Non inserito
CUP	Non inserito
Amministrazione titolare del procedimento	AUSL 5 ORISTANO - PROVVEDITORATO 00681110953 09170 Via Carducci, 35 ORISTANO (OR)
IPA - Codice univoco ufficio per Fatturazione Elettronica	UFMJ06
Punto Ordinante	ROSALBA MUSCAS / MSCRLB62S65G113V
Soggetto stipulante	ROSALBA MUSCAS / MSCRLB62S65G113V AUSL 5 ORISTANO
Data e ora inizio presentazione offerta	25/08/2016 12:25
Data e ora termine ultimo presentazione offerta	31/08/2016 18:00
Data limite stipula contratto (Limite validità offerta del Fornitore)	30/09/2016 18:00
Ulteriori note	
Bandi / Categorie oggetto della Trattativa	Beni e Servizi per la Sanità (BSS - Beni e Servizi per la Sanità)
Fornitore	ROCHE DIABETES CARE ITALY
Termini di pagamento	60 GG Data Ricevimento Fattura
Dati di Consegna	Magazzino Farmaceutico - c/o P.O. San Martino - Via Rockefeller - ORISTANO - 09170 (OR) SARDEGNA
Dati e Aliquote di Fatturazione	Aliquota IVA di fatturazione: 4% Indirizzo di fatturazione: VIA CARDUCCI N° 35 ORISTANO - 09170 (OR) SARDEGNA

SCHEMA TECNICA 1 DI 2	
Nome Scheda Tecnica	Holter glicemici
Quantità	2

I campi contrassegnati con \* sono obbligatori

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
1	Marca	Tecnico	Valore suggerito	DEXCOM
2	Codice articolo produttore	Tecnico	Valore suggerito	07172745001
3	*NOME COMMERCIALE DELL'HOLTER GLICEMICO	Tecnico	Valore suggerito	DEXCOM G4 STARTER KIT (INCL. 1 RICEVITORE 1 TRASMETTITORE)
4	*Prezzo	Economico	Valore massimo ammesso	1095
5	*Unità di misura	Tecnico	Valore unico ammesso	PEZZO
6	*Tipo contratto	Tecnico	Valore unico ammesso	ACQUISTO

**SCHEDA TECNICA 2 DI 2**

<b>Nome Scheda Tecnica</b>	Microinfusori per insulina
<b>Quantità</b>	1

I campi contrassegnati con \* sono obbligatori

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
1	*Marca	Tecnico	Valore suggerito	Roche Diabetes Care
2	*Codice articolo produttore	Tecnico	Valore suggerito	07035799001
3	*NOME COMMERCIALE DEL MICROINFUSORE PER INSULINA	Tecnico	Valore suggerito	Accu-chek Insight Kit
4	*Prezzo	Economico	Valore massimo ammesso	5460
5	*Unità di misura	Tecnico	Lista di scelte	• PEZZO
6	Descrizione tecnica	Tecnico	Nessuna regola	
7	*Tipo contratto	Tecnico	Lista di scelte	• ACQUISTO
8	*Codice CND	Tecnico	Lista di scelte	• Z1204021601
9	*Alimentazione	Tecnico	Nessuna regola	
10	*Anno di prima immissione sul mercato nazionale/versions	Tecnico	Nessuna regola	
11	*Dimensioni pompa (lxhxp) [mm]	Tecnico	Nessuna regola	
12	*PROGRAMMAZIONE INFUSIONE BASALE	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NO</li> <li>• 15/120</li> <li>• 15/360</li> <li>• 15/720</li> <li>• 30/1440</li> </ul>
13	*Schermo	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MONOCROMATICO</li> <li>• COLORI</li> </ul>
14	*Bolo	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A RICHIESTA</li> <li>• PROGRAMMABILE</li> <li>• PROGRAMMABILE E A</li> </ul>

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
14	*Bolo	Tecnico	Lista di scelte	RICHIESTA
15	*Bolo max [UI]	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FINO A 25</li> <li>• DA 26 A 50</li> <li>• OLTRE 51</li> </ul>
16	*Interazione con sistema monitoraggio in continuo	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NO</li> <li>• SI</li> </ul>
17	*Modalità di rilascio insulina [frazione UI/h – intervallo in minuti]	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1/20 – 3 MINUTI</li> <li>• 1/15 – 4 MINUTI</li> <li>• 1/10 – 6 MINUTI</li> </ul>
18	*Range min /max infusione basale [UI/h]	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DA 0</li> <li>• 05 A 50</li> <li>• DA 0</li> <li>• 05 A 60</li> <li>• DA 0</li> <li>• 025 A 25</li> </ul>
19	*Trasmissione dati	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• INFRAROSSI</li> <li>• BLUETOOTH</li> <li>• INFRAROSSI E BLUETOOTH</li> </ul>
20	*NUMERO VELOCITÀ INFUSIONE BASALE	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FINO A 12</li> <li>• DA 13 A 18</li> <li>• DA 19 A 24</li> <li>• OLTRE 25</li> </ul>
21	*Peso (g)	Tecnico	Nessuna regola	

#### DOCUMENTI ALLEGATI ALLA TRATTATIVA

Descrizione	Nome file
Lettera d'invito.	Lettera d'invito Roche.pdf

#### RICHIESTE AL FORNITORE

Descrizione	Firmato digitalmente
Lettera d'invito firmata digitalmente per accettazione.	SI

DATI GENERALI DELLA PROCEDURA	
Numero Trattativa	2967
Descrizione	Microinfusore e trasmettitore.
Tipologia di trattativa	Procedura negoziata senza pubblicazione del bando, con un solo operatore economico (art. 63 D.Lgs. 50/2016)
Soglia di rilevanza comunitaria	Sotto soglia
Modalità di svolgimento della procedura	Telematica (on line)
Modalità di definizione dell'offerta	Prezzi unitari
CIG	Non inserito
CUP	Non inserito
Amministrazione titolare del procedimento	AUSL 5 ORISTANO - PROVVEDITORATO 00681110953 09170 Via Carducci, 35 ORISTANO (OR)
IPA - Codice univoco ufficio per Fatturazione Elettronica	UFMJ06
Punto Ordinante	ROSALBA MUSCAS / MSCRLB62S65G113V
Soggetto stipulante	ROSALBA MUSCAS / MSCRLB62S65G113V AUSL 5 ORISTANO
Data e ora inizio presentazione offerta	25/08/2016 12:34
Data e ora termine ultimo presentazione offerta	31/08/2016 18:00
Data limite stipula contratto (Limite validità offerta del Fornitore)	30/09/2016 18:00
Ulteriori note	
Bandi / Categorie oggetto della Trattativa	Beni e Servizi per la Sanità (BSS - Beni e Servizi per la Sanità)
Fornitore	MEDTRONIC ITALIA
Termini di pagamento	60 GG Data Ricevimento Fattura
Dati di Consegna	Magazzino Farmaceutico - C/O P.O. San Martino - Via Rockfeller - ORISTANO - 09170 (OR) SARDEGNA
Dati e Aliquote di Fatturazione	Aliquota IVA di fatturazione: 4% Indirizzo di fatturazione: VIA CARDUCCI N° 35 ORISTANO - 09170 (OR) SARDEGNA

SCHEMA TECNICA 1 DI 2	
Nome Scheda Tecnica	Microinfusori per insulina
Quantità	1

I campi contrassegnati con \* sono obbligatori

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
1	Marca	Tecnico	Valore minimo ammesso	MEDTRONIC
2	Codice articolo produttore	Tecnico	Valore minimo ammesso	BNIT1752BLKCGM
3	*NOME COMMERCIALE DEL MICROINFUSORE PER INSULINA	Tecnico	Valore minimo ammesso	SISTEMA INTEGRATO MINIMED 640G SMARTGUARD KIT 3,0 ML NERO
4	*Prezzo	Economico	Valore massimo ammesso	5791,50
5	*Unità di misura	Tecnico	Valore unico ammesso	PEZZO
6	*Descrizione tecnica	Tecnico	Valore minimo ammesso	SISTEMA INTEGRATO (INFUSIONE INSULINA E MONITORAGGIO GLUCOSIO), SOSPENSIONE PREDITTIVA IN IPOGLICEMIA, TRASMETTITORE E GLUCOMETRO/TELECOMANDO BOLI
7	*Tipo contratto	Tecnico	Valore unico ammesso	ACQUISTO
8	*Codice CND	Tecnico	Valore minimo ammesso	Z1204021601
9	*Alimentazione	Tecnico	Valore minimo ammesso	1 BATTERIA ALCALINA AA NON RICARICABILE O 1 BATTERIA AL LITIO AA NON RICARICABILE O 1 BATTERIA NIMH AA RICARICABILE
10	*Anno di prima immissione sul mercato nazionale/versione	Tecnico	Valore minimo ammesso	2015
11	*Dimensioni pompa (lxhxp) [mm]	Tecnico	Valore minimo ammesso	96X53X24,4
12	*PROGRAMMAZIONE INFUSIONE BASALE	Tecnico	Valore minimo ammesso	30/1440
13	*Schermo	Tecnico	Valore minimo ammesso	COLORI
14	*Bolo	Tecnico	Valore minimo ammesso	PROGRAMMABILE E A RICHIESTA
15	*Bolo max [UI]	Tecnico	Valore minimo ammesso	OLTRE 51
16	*Interazione con sistema monitoraggio in continuo	Tecnico	Valore minimo ammesso	SI
17	*Modalità di rilascio insulina [frazione UI/h – intervallo in minuti]	Tecnico	Valore minimo ammesso	1/20 – 3 MINUTI
18	*Range min /max infusione basale [UI/h]	Tecnico	Valore minimo ammesso	DA 0,025 A 25
19	*Trasmissione dati	Tecnico	Valore minimo ammesso	BLUETOOTH
20	*NUMERO VELOCITÀ INFUSIONE BASALE	Tecnico	Valore minimo ammesso	OLTRE 25
21	*Peso (g)	Tecnico	Valore minimo	95

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
21	*Peso (g)	Tecnico	ammesso	95

**SCHEDA TECNICA 2 DI 2**

<b>Nome Scheda Tecnica</b>	Holter glicemici
<b>Quantità</b>	1

I campi contrassegnati con \* sono obbligatori

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
1	*Marca	Tecnico	Valore unico ammesso	Medtronic
2	*Codice articolo produttore	Tecnico	Valore suggerito	MMT-7735WWW
3	*NOME COMMERCIALE DELL'HOLTER GLICEMICO	Tecnico	Valore suggerito	Minimed Minilink
4	*Prezzo	Economico	Valore massimo ammesso	1088,5
5	*Unità di misura	Tecnico	Lista di scelte	• PEZZO
6	*Tipo contratto	Tecnico	Lista di scelte	• ACQUISTO

**DOCUMENTI ALLEGATI ALLA TRATTATIVA**

Descrizione	Nome file
Lettera d'invito.	Lettera d'invito Medtronic.pdf

**RICHIESTE AL FORNITORE**

Descrizione	Firmato digitalmente
Lettera d'invito firmata digitalmente per accettazione.	Sì
Scheda tecnica del prodotto offerto - trasmettitore	Sì
Documentazione conformità alle leggi e norme UE per il trasmettitore	Sì
Precisazione garanzia e assistenza per trasmettitore.	Sì

DATI GENERALI DELLA PROCEDURA	
Numero Trattativa	3028
Descrizione	Microinfusore per insulina
Tipologia di trattativa	Procedura negoziata senza pubblicazione del bando, con un solo operatore economico (art. 63 D.Lgs. 50/2016)
Soglia di rilevanza comunitaria	Sotto soglia
Modalità di svolgimento della procedura	Telematica (on line)
Modalità di definizione dell'offerta	Prezzi unitari
CIG	Non inserito
CUP	Non inserito
Amministrazione titolare del procedimento	AUSL 5 ORISTANO - PROVVEDITORATO 00681110953 09170 Via Carducci, 35 ORISTANO (OR)
IPA - Codice univoco ufficio per Fatturazione Elettronica	UFMJ06
Punto Ordinante	ROSALBA MUSCAS / MSCRLB62S65G113V
Soggetto stipulante	ROSALBA MUSCAS / MSCRLB62S65G113V AUSL 5 ORISTANO
Data e ora inizio presentazione offerta	25/08/2016 12:40
Data e ora termine ultimo presentazione offerta	31/08/2016 18:00
Data limite stipula contratto (Limite validità offerta del Fornitore)	30/09/2016 18:00
Ulteriori note	
Bandi / Categorie oggetto della Trattativa	Beni e Servizi per la Sanità (BSS - Beni e Servizi per la Sanità)
Fornitore	MEDICAL S.P.A.
Termini di pagamento	60 GG Data Ricevimento Fattura
Dati di Consegna	Magazzino Farmaceutico - c/o P.O. San Martino - Via Rockfeller - ORISTANO - 09170 (OR) SARDEGNA
Dati e Aliquote di Fatturazione	Aliquota IVA di fatturazione: 4% Indirizzo di fatturazione: VIA CARDUCCI N° 35 ORISTANO - 09170 (OR) SARDEGNA

SCHEDA TECNICA 1 DI 1	
Nome Scheda Tecnica	Microinfusori per insulina
Quantità	1

I campi contrassegnati con \* sono obbligatori

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
1	Marca	Tecnico	Valore suggerito	ANIMAS
2	Codice articolo produttore	Tecnico	Valore suggerito	114-510-04-G4
3	*NOME COMMERCIALE DEL MICROINFUSORE PER INSULINA	Tecnico	Valore suggerito	ANIMAS VIBE PLATINUM MICROINFUSORE PER INSULINA COLORE: BLU
4	*Prezzo	Economico	Valore massimo ammesso	6450
5	*Unità di misura	Tecnico	Valore unico ammesso	PEZZO
6	*Descrizione tecnica	Tecnico	Nessuna regola	
7	*Tipo contratto	Tecnico	Valore unico ammesso	ACQUISTO
8	*Codice CND	Tecnico	Valore suggerito	Z1204021601
9	*Alimentazione	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BATTERIA AA LITIO ULTIMATE ENERGIZER (1</li> <li>• 5V) (RACCOMANDATO)</li> <li>• OPPURE AA ALCALINA E91 ENERGIZER (1</li> <li>• 5V) (OPZIONALE)</li> </ul>
10	*Anno di prima immissione sul mercato nazionale/versione	Tecnico	Valore suggerito	2011
11	*Dimensioni pompa (lxhxp) [mm]	Tecnico	Valore suggerito	826X508X218
12	*PROGRAMMAZIONE INFUSIONE BASALE	Tecnico	Valore suggerito	30/1440
13	*Schermo	Tecnico	Valore suggerito	COLORI
14	*Bolo	Tecnico	Valore suggerito	A RICHIESTA
15	*Bolo max [UI]	Tecnico	Valore suggerito	DA 26 A 50
16	*Interazione con sistema monitoraggio in continuo	Tecnico	Valore suggerito	SI
17	*Modalità di rilascio insulina [frazione UI/h – intervallo in minuti]	Tecnico	Valore suggerito	1/20 – 3 MINUTI
18	*Range min /max infusione basale [UI/h]	Tecnico	Valore suggerito	DA 0,025 A 25
19	*Trasmissione dati	Tecnico	Valore suggerito	INFRAROSSI
20	*NUMERO VELOCITÀ INFUSIONE BASALE	Tecnico	Valore suggerito	FINO A 12
21	*Peso (g)	Tecnico	Valore suggerito	105

**DOCUMENTI ALLEGATI ALLA TRATTATIVA**

Descrizione	Nome file
Lettera d'invito.	Lettera d'invito Medical.pdf

**RICHIESTE AL FORNITORE**

Descrizione	Firmato digitalmente
Lettera d'invito firmata digitalmente per accettazione.	SI

Mercato Elettronico della P.A.  
 Trattativa con un unico Operatore Economico

OFFERTA RELATIVA A:	
Numero Trattativa	3028
Descrizione	Microinfusore per insulina
Tipologia di trattativa	Procedura negoziata senza pubblicazione del bando, con un solo operatore economico (art. 63 D.Lgs. 50/2016)
CIG	Non inserito
CUP	Non inserito
AMMINISTRAZIONE RICHIEDENTE	
Nome Ente	AUSL 5 ORISTANO
Codice Fiscale Ente	00681110953
Nome Ufficio	PROVVEDITORATO
Indirizzo Ufficio	Via Carducci, 35 09170 ORISTANO (OR)
Telefono / FAX Ufficio	0783317780 / 078373315
Codice univoco ufficio per Fatturazione Elettronica	UFMJ06
Punto Ordinante	ROSALBA MUSCAS / MSCRLB62S65G113V
Soggetto stipulante	ROSALBA MUSCAS / MSCRLB62S65G113V
FORNITORE	
Ragione Sociale	MEDICAL S.P.A.
Partita IVA Impresa	00268210903
Codice Fiscale Impresa	00268210903
Indirizzo Sede Legale	VIALE PORTO TORRES, 64 07100 SASSARI (SS)
Telefono / Fax	0792675033 / 0792675042
PEC Registro Imprese	INFO@MEDICALSPA.IT
Tipologia impresa	Società per Azioni
Numero di Iscrizione al Registro Imprese / Nome e Nr iscrizione Albo Professionale	00268210903
Data di iscrizione Registro Imprese / Albo Professionale	19/02/1996 00:00
Provincia sede Registro Imprese / Albo Professionale	SS
INAIL: Codice Ditta / Sede di Competenza	3330279 / SASSARI
INPS: Matricola aziendale	7301364040

Posizioni Assicurative Territoriali - P.A.T. numero	91231938-92213083-87061705-06102393
PEC Ufficio Agenzia Entrate competente al rilascio attestazione regolarità pagamenti imposte e tasse:	
CCNL applicato / Settore	COMMERCIO / AZIENDE DEL TERZIARIO
<i>Legge 136/2010: dati rilasciati dal Fornitore ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari</i>	
Nessun dato rilasciato.	
<b>DATI DELL'OFFERTA</b>	
Identificativo univoco dell'offerta	905
Offerta sottoscritta da	ANGELINO MASALA
Email di contatto	INFO@MEDICALSPA.IT
L'offerta sarà irrevocabile ed impegnativa fino al	30/09/2016 18:00
<b>OGGETTO (1 di 1)</b>	
Bando / Categoria	Beni e Servizi per la Sanità (BSS - Beni e Servizi per la Sanità)
Metaprodotto	Dispositivi infusionali
Quantità richiesta	1
<b>PARAMETRO</b>	<b>VALORE OFFERTO</b>
Marca	ANIMAS
Codice articolo produttore	114-510-04-G4
NOME COMMERCIALE DEL MICROINFUSORE	ANIMAS VIBE PLATINUM MICROINFUSORE PER INSULINA BLU
Prezzo	6450,00
Unità di misura	PEZZO
Descrizione tecnica	Microinfusore per Insulina con Sistema di Monitoraggio Glicemico in continuo integrato
Tipo contratto	ACQUISTO
Codice CND	N.A. per gli assemblati secondo l'Articolo 12, comma 2 del D.Lgs 46/97 e successive modifiche, come previsto dal Decreto del Ministero della Salute del 21 dicembre 2009, Allegato 1, Capitolo 1.2, pagg 27 e 28
Anno di prima immissione sul mercato	2011
Range min /max infusione basale [UI/h]	DA 0,025 A 25
NUMERO VELOCITÀ INFUSIONE BASALE	FINO 12
PROGRAMMAZIONE INFUSIONE BASALE	30/1440
Modalità di rilascio insulina [frazione UI/h –	1/20 - 3 MINUTI
Bolo	A RICHIESTA
Bolo max [UI]	DA 26 A 50
Schermo	COLORI
Dimensioni pompa (lxhxp) [mm]	826X508X218

Peso (g)	105
Trasmissione dati	INFRAROSSI
Alimentazione	BATTERIA AA LITIO ULTIMATE ENERGIZER (1,5V) (RACCOMANDATO)
Interazione con sistema monitoraggio in continuo	SI
<b>OFFERTA ECONOMICA COMPLESSIVA</b>	
Modalità di definizione dell'Offerta	Prezzi unitari
Valore dell'Offerta	6.450,00 EURO
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 <b>EURO 60,00</b>	

#### INFORMAZIONI DI CONSEGNA E FATTURAZIONE

Dati di Consegna	Magazzino Farmaceutico - c/o P.O. San Martino - Via Rockefeller - ORISTANO - 09170 (OR) SARDEGNA
Dati e Aliquote di Fatturazione	Aliquota IVA di fatturazione: 4% Indirizzo di fatturazione: VIA CARDUCCI N° 35 ORISTANO - 09170 (OR) SARDEGNA
Termini di Pagamento	60 GG Data Ricevimento Fattura

#### Dichiarazione necessaria per la partecipazione alla Trattativa Diretta

- Il Fornitore è pienamente a conoscenza di quanto previsto dalle Regole del Sistema di E-Procurement 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 fino alla data sopra indicata ("L'Offerta è irrevocabile ed impegnativa fino al").
- Il Fornitore dichiara di aver preso piena conoscenza della documentazione predisposta ed inviata dal Punto Ordinate in allegato alla Richiesta, prendendo atto e sottoscrivendo per accettazione unitamente al presente documento, ai sensi di quanto previsto dall'art. 39 delle Regole del Sistema di E-Procurement, 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 accettazione, ad osservarle in ogni loro parte.
- Il Fornitore dichiara che con riferimento alla presente 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 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'eventuale accettazione della presente Offerta 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.

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

Mercato Elettronico della P.A.  
 Trattativa con un unico Operatore Economico

**OFFERTA RELATIVA A:**

Numero Trattativa	2967
Descrizione	Microinfusore e trasmettitore.
Tipologia di trattativa	Procedura negoziata senza pubblicazione del bando, con un solo operatore economico (art. 63 D.Lgs. 50/2016)
CIG	Non inserito
CUP	Non inserito

**AMMINISTRAZIONE RICHIEDENTE**

Nome Ente	AUSL 5 ORISTANO
Codice Fiscale Ente	00681110953
Nome Ufficio	PROVEDITORATO
Indirizzo Ufficio	Via Carducci, 35 09170 ORISTANO (OR)
Telefono / FAX Ufficio	0783317780 / 078373315
Codice univoco ufficio per Fatturazione Elettronica	UFMJ06
Punto Ordinante	ROSALBA MUSCAS / MSCRLB62S65G113V
Soggetto stipulante	ROSALBA MUSCAS / MSCRLB62S65G113V

**FORNITORE**

Ragione Sociale	MEDTRONIC ITALIA
Partita IVA Impresa	09238800156
Codice Fiscale Impresa	09238800156
Indirizzo Sede Legale	VIA VARESINA, 162 20156 MILANO (MI)
Telefono / Fax	02241371 / 02241381
PEC Registro Imprese	MEDTRONICITALIA.GARE@LEGALMAIL.IT
Tipologia impresa	Società per Azioni
Numero di Iscrizione al Registro Imprese / Nome e Nr iscrizione Albo Professionale	09238800156
Data di iscrizione Registro Imprese / Albo Professionale	19/02/1996 00:00
Provincia sede Registro Imprese / Albo Professionale	MI
INAIL: Codice Ditta / Sede di Competenza	5676123 / MILANO
INPS: Matricola aziendale	4934942188

Posizioni Assicurative Territoriali - P.A.T. numero	37288162/18 37298079/90 37294171/60
PEC Ufficio Agenzia Entrate competente al rilascio attestazione regolarità pagamenti imposte e tasse:	MEDTRONICITALIA.GARE@LEGALMAIL.IT
CCNL applicato / Settore	COMMERCIO / DEVICE MEDICALI
<i>Legge 136/2010: dati rilasciati dal Fornitore ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari</i>	
Nessun dato rilasciato.	
<b>DATI DELL'OFFERTA</b>	
Identificativo univoco dell'offerta	766
Offerta sottoscritta da	PATRIZIA ZARANTONIELLO
Email di contatto	GARE@MEDTRONIC.COM
L'offerta sarà irrevocabile ed impegnativa fino al	30/09/2016 18:00
<b>OGGETTO (1 di 2)</b>	
Bando / Categoria	Beni e Servizi per la Sanità (BSS - Beni e Servizi per la Sanità)
Metaprodotto	Dispositivi infusionali
Quantità richiesta	1
<b>PARAMETRO</b>	<b>VALORE OFFERTO</b>
Marca	Medtronic
Codice articolo produttore	BNIT1752BLKCGM
NOME COMMERCIALE DEL MICROINFUSORE	Sistema Integrato MiniMed 640G SmartGuard Kit 3,0 ml Nero
Prezzo	5791,50
Unità di misura	PEZZO
Descrizione tecnica	Sistema integrato (infusione insulina e monitoraggio glucosio), sospensione predittiva in ipoglicemia, trasmettitore e glucometro/telecomando boli
Tipo contratto	ACQUISTO
Codice CND	Z1204021601
Anno di prima immissione sul mercato	2015
Range min /max infusione basale [UI/h]	da 0,025 a 25
NUMERO VELOCITÀ INFUSIONE BASALE	oltre 25
PROGRAMMAZIONE INFUSIONE BASALE	30/1440
Modalità di rilascio insulina [frazione UI/h –	1/20 – 3 minuti
Bolo	Programmabile e a richiesta
Bolo max [UI]	oltre 51
Schermo	Colori
Dimensioni pompa (lxhxp) [mm]	96x53x24,4
Peso (g)	95

Trasmissione dati	Bluetooth
Alimentazione	1 batteria alcalina AA non ricaricabile o 1 batteria al litio AA non ricaricabile o 1 batteria NiMH AA ricaricabile
Interazione con sistema monitoraggio in continuo	SI
<b>OGGETTO (2 di 2)</b>	
Bando / Categoria	Beni e Servizi per la Sanità (BSS - Beni e Servizi per la Sanità)
Metaprodotto	Holter glicemici
Quantità richiesta	1
<b>PARAMETRO</b>	<b>VALORE OFFERTO</b>
Marca	Medtronic
Codice articolo produttore	MMT-7735WW
NOME COMMERCIALE DELL'HOLTER	Minimed Minilink
Prezzo	1088,50
Unità di misura	pezzo
Tipo contratto	acquisto
<b>OFFERTA ECONOMICA COMPLESSIVA</b>	
Modalità di definizione dell'Offerta	Prezzi unitari
Valore dell'Offerta	6.880,00 EURO
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 <b>EURO 0,00</b>	

#### INFORMAZIONI DI CONSEGNA E FATTURAZIONE

Dati di Consegna	Magazzino Farmaceutico - C/O P.O. San Martino - Via Rockefeller - ORISTANO - 09170 (OR) SARDEGNA
Dati e Aliquote di Fatturazione	Aliquota IVA di fatturazione: 4% Indirizzo di fatturazione: VIA CARDUCCI N° 35 ORISTANO - 09170 (OR) SARDEGNA
Termini di Pagamento	60 GG Data Ricevimento Fattura

#### Dichiarazione necessaria per la partecipazione alla Trattativa Diretta

- Il Fornitore è pienamente a conoscenza di quanto previsto dalle Regole del Sistema di E-Procurement relativamente alla procedura di acquisto mediante Richiesta di Offerta (artt. 33, 37, 38, 39).
- Il presente documento costituisce una proposta contrattuale rivolta al Punto Ordinante dell'Amministrazione richiedente ai sensi dell'art. 1329 del codice civile, che rimane pertanto valida, efficace ed irrevocabile sino fino alla data sopra indicata ("L'Offerta è irrevocabile ed impegnativa fino al").
- Il Fornitore dichiara di aver preso piena conoscenza della documentazione predisposta ed inviata dal Punto Ordinante in allegato alla Richiesta, prendendo atto e sottoscrivendo per accettazione unitamente al presente documento, ai sensi di quanto previsto dall'art. 39 delle Regole del Sistema di E-Procurement, che il relativo Contratto sarà regolato dalle Condizioni Generali di Contratto applicabili al/i Bene/i Servizio/i offerto/i, nonché dalle eventuali Condizioni particolari di Contratto predisposte e inviate dal Punto Ordinante, obbligandosi, in caso di accettazione, ad osservarle in ogni loro parte.

- Il Fornitore dichiara che con riferimento alla presente 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 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'eventuale accettazione della presente Offerta 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.

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

Mercato Elettronico della P.A.  
 Trattativa con un unico Operatore Economico

<b>OFFERTA RELATIVA A:</b>	
Numero Trattativa	3003
Descrizione	Microinfusore e holter glicemici
Tipologia di trattativa	Procedura negoziata senza pubblicazione del bando, con un solo operatore economico (art. 63 D.Lgs. 50/2016)
CIG	Non inserito
CUP	Non inserito
<b>AMMINISTRAZIONE RICHIEDENTE</b>	
Nome Ente	AUSL 5 ORISTANO
Codice Fiscale Ente	00681110953
Nome Ufficio	PROVVEDITORATO
Indirizzo Ufficio	Via Carducci, 35 09170 ORISTANO (OR)
Telefono / FAX Ufficio	0783317780 / 078373315
Codice univoco ufficio per Fatturazione Elettronica	UFMJ06
Punto Ordinante	ROSALBA MUSCAS / MSCRLB62S65G113V
Soggetto stipulante	ROSALBA MUSCAS / MSCRLB62S65G113V
<b>FORNITORE</b>	
Ragione Sociale	ROCHE DIABETES CARE ITALY
Partita IVA Impresa	09050810960
Codice Fiscale Impresa	09050810960
Indirizzo Sede Legale	VIALE G.B. STUCCHI, 110 20900 MONZA (MB)
Telefono / Fax	0392817200 / 0392817292
PEC Registro Imprese	rochediabetescare@roche.legalmail.it
Tipologia impresa	Società per Azioni
Numero di Iscrizione al Registro Imprese / Nome e Nr iscrizione Albo Professionale	09050810960
Data di iscrizione Registro Imprese / Albo Professionale	
Provincia sede Registro Imprese / Albo Professionale	MB
INAIL: Codice Ditta / Sede di Competenza	19801258/68 / MONZA
INPS: Matricola aziendale	4983651299

Posizioni Assicurative Territoriali - P.A.T. numero	22636442/36
PEC Ufficio Agenzia Entrate competente al rilascio attestazione regolarità pagamenti imposte e tasse:	
CCNL applicato / Settore	CHIMICO-FARMACEUTICO / FARMACEUTICO
<i>Legge 136/2010: dati rilasciati dal Fornitore ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari</i>	
Nessun dato rilasciato.	
<b>DATI DELL'OFFERTA</b>	
Identificativo univoco dell'offerta	829
Offerta sottoscritta da	MASSIMO BALESTRI
Email di contatto	MONZA.DC-GARE@ROCHE.COM
L'offerta sarà irrevocabile ed impegnativa fino al	30/09/2016 18:00
<b>OGGETTO (1 di 2)</b>	
Bando / Categoria	Beni e Servizi per la Sanità (BSS - Beni e Servizi per la Sanità)
Metaprodotto	Holter glicemici
Quantità richiesta	2
<b>PARAMETRO</b>	<b>VALORE OFFERTO</b>
Marca	
Codice articolo produttore	
NOME COMMERCIALE DELL'HOLTER	Dexcom G4 Starter Kit
Prezzo	1095,00
Unità di misura	PEZZO
Tipo contratto	ACQUISTO
<b>OGGETTO (2 di 2)</b>	
Bando / Categoria	Beni e Servizi per la Sanità (BSS - Beni e Servizi per la Sanità)
Metaprodotto	Dispositivi infusionali
Quantità richiesta	1
<b>PARAMETRO</b>	<b>VALORE OFFERTO</b>
Marca	Accu-Chek
Codice articolo produttore	07035799001
NOME COMMERCIALE DEL MICROINFUSORE	Accu-Chek Insight Kit
Prezzo	5460,00
Unità di misura	pezzo
Descrizione tecnica	
Tipo contratto	acquisto

Codice CND	Z1204021601
Anno di prima immissione sul mercato	2014
Range min /max infusione basale [UI/h]	DA 0,025 A 25
NUMERO VELOCITÀ INFUSIONE BASALE	OLTRE 25
PROGRAMMAZIONE INFUSIONE BASALE	15/120
Modalità di rilascio insulina [frazione UI/h –	1/20 – 3 MINUTI
Bolo	PROGRAMMABILE E A RICHIESTA
Bolo max [UI]	FINO A 25
Schermo	COLORI
Dimensioni pompa (lxhxp) [mm]	75 x 52 x 16
Peso (g)	99
Trasmissione dati	BLUETOOTH
Alimentazione	batteria alcalina AAA (LR03) da 1.5 volt - batteria al litio (FR03) da 1.5 volt
Interazione con sistema monitoraggio in continuo	NO
<b>OFFERTA ECONOMICA COMPLESSIVA</b>	
Modalità di definizione dell'Offerta	Prezzi unitari
Valore dell'Offerta	7.650,00 EURO
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 <b>EURO 30,60</b>	

#### INFORMAZIONI DI CONSEGNA E FATTURAZIONE

Dati di Consegna	Magazzino Farmaceutico - c/o P.O. San Martino - Via Rockefeller - ORISTANO - 09170 (OR) SARDEGNA
Dati e Aliquote di Fatturazione	Aliquota IVA di fatturazione: 4% Indirizzo di fatturazione: VIA CARDUCCI N° 35 ORISTANO - 09170 (OR) SARDEGNA
Termini di Pagamento	60 GG Data Ricevimento Fattura

#### Dichiarazione necessaria per la partecipazione alla Trattativa Diretta

- Il Fornitore è pienamente a conoscenza di quanto previsto dalle Regole del Sistema di E-Procurement 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 fino alla data sopra indicata ("L'Offerta è irrevocabile ed impegnativa fino al").
- Il Fornitore dichiara di aver preso piena conoscenza della documentazione predisposta ed inviata dal Punto Ordinate in allegato alla Richiesta, prendendo atto e sottoscrivendo per accettazione unitamente al presente documento, ai sensi di quanto previsto dall'art. 39 delle Regole del Sistema di E-Procurement, che il relativo Contratto sarà regolato dalle Condizioni Generali di Contratto applicabili al/i Bene/i Servizio/i offerto/i, nonché dalle eventuali Condizioni particolari di Contratto predisposte e inviate dal Punto Ordinate, obbligandosi, in caso di accettazione, ad osservarle in ogni loro parte.

- Il Fornitore dichiara che con riferimento alla presente 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 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'eventuale accettazione della presente Offerta 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.

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