

AUGATO "A"



AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA

(Ospedale Riuniti P.O. Annunziata - P.O. M. Santo - P.O. S. Barbara)

U.O.C. Gestione Forniture e Servizi e Logistica

Tel. 0984 681931 - Fax 0984 681936

Cod. Fisc. : 01987250782

Pratica N.00007 Del 19/01/2017

Procedura negoziata telematica per acquisto farmaci esteri non presenti in gara SUA per anni uno - U.O.C. di Farmacia -
Importo totale a base d'asta: Euro 14.500,00 esclusa Iva

Elenco Aggiudicazioni Ordinate Per Fornitore

Fornitore **Inter Farmaci Italia S.r.l.**
N° 2224

Lotto N° 1 **Lotto nr. 1 -**
Importo totale a base d'asta: Euro 1.980,00 esclusa Iva.

Voce N° 1	Streptococcus Hemolitycus 0,05mg - PICIBANIL 0,5 KE					
Codice Convergente	PICIBANIL					
Prezzo Unitario	32,000000	Quantità fiala	60,00	Costo Voce	1.920,00	Costo Ivato 2.112,00
Prezzo Confezione	160,000000	Quantità Confezione	5,00			Codice Iva 10

Lotto N° 2 **Lotto nr. 2 -**
Importo totale a base d'asta: Euro 8.000,00 esclusa Iva.

Voce N° 1	Sodio Tiopentale 1g					
Codice Convergente	THIOPENTAL					
Prezzo Unitario	4,100000	Quantità fiala	1.000,00	Costo Voce	4.100,00	Costo Ivato 4.510,00
Prezzo Confezione	41,000000	Quantità Confezione	10,00			Codice Iva 10

Lotto N° 3 **Lotto nr. 3 -**
Importo totale a base d'asta: Euro 4.480,00 esclusa Iva.

Cur

Voce N° 1		Asparaginase 5000 U.I.					
Codice Convergente		MEDAC-2					
Prezzo Unitario	51,600000	Quantità fiala	50,00	Costo Voce	2.580,00	Costo Ivato	2.838,00
Prezzo Confezione	258,000000	Quantità Confezione	5,00			Codice Iva	10

				Totale Fornitore	
Imponibile	8.600,00	IVA	860,00	Costo	9.460,00

Colli

ALLEGATO "B"

Richiesta di offerta n°1499797 - Passo 6 di 6

RIEPILOGO

DETTAGLIO LOTTI

DOCUMENTAZIONE DI GARA

RICHIESTE AI PARTECIPANTI

SCHEDE TECNICHE

FORNITORI INVITATI

Id Negoziazione:	1499797
Nome iniziativa:	Procedura negoziata per la fornitura di "Farmaci esteri" - U.O.C. di Farmacia dello S.O. Annunziata.
Tipologia di procedura:	negoziata
Soglia di rilevanza comunitaria:	sotto soglia
Modalità di svolgimento della procedura:	Telematica (on line)
Unità di misura dell'offerta economica:	Valori al ribasso
Criterio di aggiudicazione:	Prezzo più basso
RUP (Responsabile Unico del Procedimento):	
Amministrazione titolare del procedimento	AZIENDA OSPEDALIERA COSENZA P.IVA: 01987250782 Indirizzo: San Martino COSENZA (CS)
Punto Ordinante	Nome: DOMENICO FUOCO Telefono: 0984681933 Fax: 0984681936
Soggetto stipulante	Nome: DOMENICO FUOCO Amministrazione: AZIENDA OSPEDALIERA COSENZA
Codice univoco ufficio - IPA:	ZAVRW
Inizio presentazione offerte:	14/02/2017 11:09
Termine ultimo presentazione offerte:	07/03/2017 12:00
Termine ultimo richieste di chiarimenti:	21/02/2017 12:00
Data Limite stipula contratto (Limite validità offerta del Fornitore):	28/06/2017 12:00
Giorni dopo la stipula per Consegna Beni / Decorrenza Servizi:	15
Bandi / Categorie oggetto della RdO:	Farma (FARMA)
Numero di Lotti:	3
Numero fornitori invitati:	244

INDIETRO

PUBBLICA

RDO_1499797Lettera_Invito.rtf

ALLEGATO "C"

Procedura negoziata per la fornitura di "Farmaci esteri" - U.O.C. di Farmacia dello S.O. Annunziata.

Nella tabella sottostante sono mostrate le offerte presentate dai fornitori in corso di gara.

Prima di procedere all'aggiudicazione provvisoria esaminare la documentazione economica cliccando sulla colonna del lotto di interesse.

Per confermare un partecipante precedentemente designato cliccare su **Aggiudica provvisoriamente**.

Se compare la scritta **Aggiudicatario** non è più possibile cambiare la designazione.

N. Lotto	Azione possibile	Dettagli	Schede
Gara			
Lotto 1			
Lotto 2			
Lotto 3			

CHIUDI SEDUTA PUBBLICA**Offerte**

Offerente	Lotto 1		Lotto 2		Lotto 3	
Concorrente	Valore complessivo dell'offerta	Miglior offerta	Valore complessivo dell'offerta	Miglior offerta	Valore complessivo dell'offerta	Miglior offerta
INTER FARMACI ITALIA S.R.L.	1920,00 Euro	Aggiudicatario provvisorio	4100,00 Euro	Aggiudicatario provvisorio	2580,00 Euro	Aggiudicatario provvisorio
OTTOPHARMA S.R.L.	Offerta non inviata		Offerta esclusa		Offerta non inviata	
Miglior offerta:	1920,00 Euro		4100,00 Euro		2580,00 Euro	

INSERISCI NOTE

INDIETRO

NOTE RELATIVE ALLA GARA



In allegato Relazione Tecnica

Icona	Significato
	Documento non inviato telematicamente
	Documento approvato
	Documento approvato con nota inserita
	Documento non approvato
	Documento non approvato con nota inserita
	Link a pagina di valutazione del documento / punteggio della commissione
	Link a pagina di valutazione del documento / punteggio della commissione con note inserite
	Valutazione documento non accessibile
	Documento non accessibile

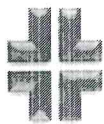
10/5/17

Galle

Galle

Icona	Significato
	Link al download di un documento firmato
	Link al download di un documento; ogni formato (word, excel, pdf..) ha una sua icona apposita.

Handwritten signature



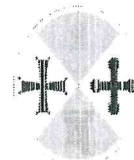
SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

U.O.C. FARMACIA
P.O. Annunziata

AZIENDA OSPEDALIERA
"Annunziata - Mariano Santo
S. Barbara"
Cosenza



REGIONE CALABRIA

AUGATO "D" u

- TEL 0984 681 251,
- FAX 0984 681 064

Protocollo 130 10.4.17

Spett.

Presidente commissione

Dr. Teodoro Gabriele

sede

Il sottoscritto dr. G. De Marco della U.O.C. Farmacia, in qualità di componente della commissione per procedura negoziata telematica per acquisto farmaci non ancora aggiudicati in gara regionale S.U.A., RDO 1499797, esprime le seguenti valutazioni tecniche sui seguenti lotti in gara:

Lotto	Ditta	CONFORME
1	INTER FARMACI ITALIA S.R.L	SI
2	INTER FARMACI ITALIA S.R.L	SI
2	OTTOPHARMA	NO
3	INTER FARMACI ITALIA S.R.L	SI

Con l'occasione si porgono distinti saluti.

Cosenza, 10.04.2017

U.O.C. Farmacia
dr. G. De Marco

**ATTENZIONE TIMBRO AZIENDA
OSPEDALIERA OBBLIGATORIO**



AUGATO E

Al SERVIZIO FARMACEUTICO dell'AZIENDA OSPEDALIERA di:
p.c. al MINISTERO della SALUTE - UFFICIO di SANITÀ AEROPORTUALE MALPENSA (MILANO).
MINISTERO della SALUTE U.T. USMAF CIAMPINO

Data,

OGGETTO: Richiesta d'importazione di un farmaco non registrato in Italia da utilizzarsi in ambito ospedaliero ai sensi del D.M. 11/02/1997.

Il sottoscritto Dott. (IN STAMPATELLO LEGGIBILE)

Operante presso il Reparto/Divisione di

Chiede di importare, tramite la ditta INTER FARMACI ITALIA s.r.l., il seguente farmaco:

PRINCIPIO ATTIVO:	streptococcus haemolyticus
NOME COMMERCIALE:	PICIBANIL
FORMA FARMACEUTICA:	fiale
DOSAGGIO:	0,5 ke
CONFEZIONAMENTO:	5 f.le

Nella quantità di N° conf. daf.le.....ke., prodotto dalla ditta **Chugai**

Pharm.(Giappone) titolare dell'Autorizzazione all'Immissione in Commercio e regolarmente registrato nel paese di provenienza per la stessa indicazione terapeutica per il quale viene importato.

Tale farmaco (*Soggetto al 10% dell'imposta IVA*) è indispensabile ed insostituibile

☐ **PER LA CURA DEL PAZIENTE/I** nr. (INIZIALI e DATE di NASCITA dei PAZIENTI)

affe

tti da **INDICARE PATOLOGIA**

POSOLOGIA non superiore a 3 mesi

☐ **PER SCORTA FARMACI – REPARTO SENZA PAZIENTI INDIVIDUATI** data la variabilità della posologia e della durata della terapia non è possibile indicare preventivamente un numero preciso di pazienti a cui verrà somministrato il farmaco; comunque, sulla base dei dati storici, il quantitativo richiesto non dovrebbe superare l'esigenza di tre mesi di scorta.

affetti da (INDICARE PATOLOGIA E POSOLOGIA non superiore a 3 mesi)

e si richiede che sia già disponibile in reparto al momento del ricovero dei pazienti selezionati per questa terapia.

Il farmaco sarà custodito presso la Farmacia ospedaliera e sarà eventualmente smaltito secondo la normativa vigente.

DICHIARA ALTRESI' CHE IL FARMACO:

- Non è sostituibile per il successo terapeutico con altri farmaci registrati in Italia.
- Non contiene sostanze stupefacenti o psicotrope.
- Non è un emoderivato.
- Verrà impiegato sotto la mia diretta responsabilità dopo aver ottenuto il consenso informato del paziente o, in caso di minore o incapace, di chi esercita la patria potestà.
- Le*generalità del paziente e i documenti relativi al consenso informato sono noti al medico curante.

BARRARE LA TEMPERATURA CORRETTA:

- Particolari condizioni di conservazione: temperatura ☐ (+2°+8°C), ☐ (-20°C), ☐ (Ambiente).

Il Sottoscrivente è consapevole:

- di essere penalmente sanzionabile se rilascia falsa dichiarazione (art. 76 D.P.R.445/2000);
- di decadere dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato sulla base delle false dichiarazioni (art. 75 D.P.R. 445/2000);
- che l'Amministrazione si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese (art. 71 D.P.R. n. 445/2000);
- che i dati forniti dal dichiarante saranno utilizzati solo ai fini del procedimento richiesto (D.L. vo n. 196/2003).

IL MEDICO

(FIRMA E TIMBRO PERSONALE)

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO FARMACIA (*)

(FIRMA E TIMBRO PERSONALE)

(*) se la struttura sanitaria richiedente è una Casa di Cura priva della Farmacia Interna la firma deve essere del Direttore Sanitario.

MODULO DA COMPILARE e da allegare all'ORDINE

AI SERVIZIO FARMACEUTICO dell'AZIENDA OSPEDALIERA di:

Aut. E u

p.c. al MINISTERO della SALUTE - UFFICIO di SANITÀ AEROPORTUALE MALPENSA (MILANO).

Data,

OGGETTO: Richiesta d'importazione di un farmaco non registrato in Italia da utilizzarsi in ambito ospedaliero ai sensi del D.M. 11/02/1997.

Il sottoscritto Dott. (IN STAMPATELLO LEGGIBILE)

Operante presso il Reparto/Divisione di

Chiede di importare, tramite la ditta **INTER FARMACI ITALIA** s.r.l., il seguente farmaco:

PRINCIPIO ATTIVO:

tiopentale sodium

NOME COMMERCIALE:

THIOPENTAL

FORMA FARMACEUTICA:

fiale

DOSAGGIO:

1 g.

CONFEZIONAMENTO:

10 f.le

Nella quantità di N°..... conf. da....., prodotto dalla ditta **Inresa (Germania)** titolare dell'Autorizzazione all'Immissione in Commercio e regolarmente registrato nel paese di provenienza per la stessa indicazione terapeutica per il quale viene importato.

Tale farmaco (Soggetto al 10% dell'imposta IVA) è indispensabile ed insostituibile

☐ Per la cura del paziente/i nr. _____ (**INIZIALI e DATE di NASCITA dei PAZIENTI**) _____

affetti da (**INDICARE PATOLOGIA E POSOLOGIA non superiore a 3 mesi**) _____

☐ Per scorta farmaci – reparto per nr. _____ Pazienti (**indicare per quanti "presunti" PAZIENTI**)

affetti da (**INDICARE PATOLOGIA E POSOLOGIA non superiore a 3 mesi**) _____

Indicazione terapeutica/diagnostica: _____

e si richiede che sia già disponibile in reparto al momento del ricovero dei pazienti selezionati per questa terapia.

Il farmaco sarà custodito presso la Farmacia ospedaliera e sarà eventualmente smaltito secondo la normativa vigente.

DICHIARA ALTRESI' CHE IL FARMACO:

- Non è sostituibile per il successo terapeutico con altri farmaci registrati in Italia.
- Non contiene sostanze stupefacenti o psicotrope.
- Non è un emoderivato.
- Verrà impiegato sotto la mia diretta responsabilità dopo aver ottenuto il consenso informato del paziente o, in caso di minore o incapace, di chi esercita la patria potestà.
- Le generalità del paziente e i documenti relativi al consenso informato sono noti al medico curante.
- Particolari condizioni di conservazione: temperatura _____ (+2°+8°C), (-20°C), (Ambiente).

Il Sottoscrivente è consapevole:

- di essere penalmente sanzionabile se rilascia falsa dichiarazione (art. 76 D.P.R.445/2000);
- di decadere dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato sulla base delle false dichiarazioni (art. 75 D.P.R. 445/2000);
- che l'Amministrazione si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese (art. 71 D.P.R. n. 445/2000);
- che i dati forniti dal dichiarante saranno utilizzati solo ai fini del procedimento richiesto (D.L. vo n. 196/2003).

.....
(TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO)

.....
(IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO FARMACEUTICO)

Aut.

MODULO DA COMPILARE e da allegare all'ORDINE

**ATTENZIONE TIMBRO AZIENDA
OSPEDALIERA OBBLIGATORIO**



Au - E n

Al **SERVIZIO FARMACEUTICO** dell'**AZIENDA OSPEDALIERA** di:
p.c. al MINISTERO della SALUTE - UFFICIO di SANITÀ AEROPORTUALE MALPENSA (MILANO).
MINISTERO della SALUTE U.T. USMAF CIAMPINO

Data,

OGGETTO: Richiesta d'importazione di un farmaco non registrato in Italia da utilizzarsi in ambito ospedaliero ai sensi del D.M. 11/02/1997.

Il sottoscritto Dott. (**IN STAMPATELLO LEGGIBILE**)

Operante presso il Reparto/Divisione di

Chiede di importare, tramite la ditta **INTER FARMACI ITALIA** s.r.l., il seguente farmaco:

PRINCIPIO ATTIVO:

l-asparaginase

NOME COMMERCIALE:

ASPARAGINASE

FORMA FARMACEUTICA:

fiale

DOSAGGIO:

**5.000u.i. CONFEZIONAMENTO:
5 f.le**

Nella quantità di N°..... conf. da....., prodotto dalla ditta **Medac (Germania)** titolare dell'Autorizzazione all'Immissione in Commercio e regolarmente registrato nel paese di provenienza per la stessa indicazione terapeutica per il quale viene importato.

Tale farmaco (*Soggetto al 10% dell'imposta IVA*) è indispensabile ed insostituibile

☐ **PER LA CURA DEL PAZIENTE/I** nr. (**INIZIALI e DATE di NASCITA dei PAZIENTI**)

affe

tti da **INDICARE PATOLOGIA**

POSOLOGIA non superiore a 3 mesi

☐ **PER SCORTA FARMACI – REPARTO SENZA PAZIENTI INDIVIDUATI** data la variabilità della posologia e della durata della terapia non è possibile indicare preventivamente un numero preciso di pazienti a cui verrà somministrato il farmaco; comunque, sulla base dei dati storici, il quantitativo richiesto non dovrebbe superare l'esigenza di tre mesi di scorta.

affetti da (INDICARE PATOLOGIA E POSOLOGIA non superiore a 3 mesi)

e si richiede che sia già disponibile in reparto al momento del ricovero dei pazienti selezionati per questa terapia.

Il farmaco sarà custodito presso la Farmacia ospedaliera e sarà eventualmente smaltito secondo la normativa vigente.

DICHIARA ALTRESI' CHE IL FARMACO:

- Non è sostituibile per il successo terapeutico con altri farmaci registrati in Italia.
- Non contiene sostanze stupefacenti o psicotrope.
- Non è un emoderivato.
- Verrà impiegato sotto la mia diretta responsabilità dopo aver ottenuto il consenso informato del paziente o, in caso di minore o incapace, di chi esercita la patria potestà.
- Le generalità del paziente e i documenti relativi al consenso informato sono noti al medico curante.

BARRARE LA TEMPERATURA CORRETTA:

- ☐ Particolari condizioni di conservazione: temperatura ☐ (+2°+8°C), ☐ (-20°C), ☐ (Ambiente).

Il Sottoscrivente è consapevole:

- di essere penalmente sanzionabile se rilascia falsa dichiarazione (art. 76 D.P.R.445/2000);
- di decadere dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato sulla base delle false dichiarazioni (art. 75 D.P.R. 445/2000);
- che l'Amministrazione si riserva di controllare la veridicità delle dichiarazioni rese (art. 71 D.P.R. n. 445/2000);
- che i dati forniti dal dichiarante saranno utilizzati solo ai fini del procedimento richiesto (D.L. vo n. 196/2003).

IL MEDICO

(FIRMA E TIMBRO PERSONALE)

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO FARMACIA (*)

(FIRMA E TIMBRO PERSONALE)

(*) se la struttura sanitaria richiedente è una Casa di Cura priva della Farmacia Interna la firma deve essere del Direttore Sanitario.

aver