



Deliberazione 228

adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 30 GEN. 2019

**Oggetto:** Esercizio Opzione Rinnovo ai sensi del D.lgs 50/16 art. 63 co. 2 lett.b della Fornitura Semestrale del Farmaco Haemocomplettan 1 g – Principio Attivo Unico – indicato per la Terapia e profilassi di diatesi emorragiche per i tre PP.OO dell'Azienda Ospedaliera G. Brotzu. Mesi sei. Ditta CSL Behring Spa. Spesa complessiva semestrale pari a € 142.000,00+IVA. Cod CIG 7492519E43.

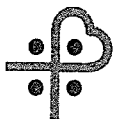
Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 31 GEN. 2019 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

*Il Direttore Amministrativo*

Il Direttore Generale	Dott.ssa Graziella Pintus
<i>coadiuvato da</i>	
Direttore Amministrativo	Dott.ssa Laura Balata
Direttore Sanitario	Dott. Vinicio Atzeni

*Su proposta della SC Acquisti Beni e Servizi*

- PREMESSO** che con delibera n. 1275/2018, è stata aggiudicata a favore della Ditta CSL Behring Spa la fornitura semestrale della Specialità Medicinale Haemocomplettan 1 g – Principio Attivo Unico - per i tre PP.OO dell'Azienda Ospedaliera G. Brotzu, della durata di mesi sei con opzione di rinnovo per ulteriori sei mesi, per un importo semestrale pari a € 142.000,00+IVA;
- VISTA** la nota n. 137 del 10.01.2019 (All. A fg.1), con la quale il Direttore della SC Farmacia ha richiesto di esercitare l'opzione di rinnovo per mesi sei, come prevista da delibera n. 1275/2018, per la fornitura semestrale del Farmaco Haemocomplettan 1 g, in favore della Ditta CSL Behring Spa unica autorizzata ad importare il farmaco di che trattasi, come da Determina AIFA PQ-PhCC/N 05/GC/2018 del 30.01.2018;
- ~~**ATTESO** quindi che si è proceduto a richiedere offerta migliorativa alla Ditta CSL Behring Spa con nota n. 1429 del 18.01.2019;~~
- CONSIDERATO** che la Ditta CSL Behring Spa, con nota prot. n. 2065 del 25.01.2019, ha presentato la propria migliore offerta, confermando la precedente quotazione (All. "B" fg. 3);
- RITENUTO** di dover autorizzare l'esercizio dell'opzione di rinnovo semestrale del contratto di cui alla delibera n. 1275/2018 per la fornitura del Farmaco Haemocomplettan 1 g – Principio Attivo Unico - indicato per la terapia e profilassi di diatesi emorragiche, per i tre PP.OO dell'Azienda Ospedaliera G. Brotzu in favore della Ditta CSL Behring Spa, per una spesa complessiva semestrale pari a € 142.000,00+IVA;
- VISTO** il D.Lgs n.50/16;
- CON** il parere favorevole dei Direttori Amministrativo e Sanitario;

**DELIBERA**

Per i motivi indicati in premessa:

- autorizzare l'esercizio dell'opzione di rinnovo semestrale del contratto di cui alla delibera n. 1275/2018 per la fornitura del Farmaco Haemocompletan 1 g – Principio Attivo Unico - indicato per la terapia e profilassi di diatesi emorragiche, per i tre P.P.OO dell'Azienda Ospedaliera G. Brotzu in favore della Ditta CSL Behring Spa, per una spesa complessiva semestrale pari a € 142.000,00+IVA, così come sotto descritto:

Voce	DESCRIZIONE	Q.TA' mesi sei	Imp unit+iva	Imp tot+iva
1	Haemocompletan 1 g 1 fiala	355	400,00	142.000,00

- di dare atto che la suddetta spesa semestrale di € 142.000,00 Iva esclusa farà riferimento al n. di conto A501010101- Centro di Costo Strutture Richiedenti;
- di autorizzare la SC Contabilità, Bilancio e Controllo di Gestione all'emissione dei relativi ordini di pagamento dietro la presentazione della documentazione giustificativa recante l'attestazione di regolarità della fornitura da parte degli Uffici competenti.

**Il Direttore Amministrativo**

Dr.ssa Laura Balata

**Il Direttore Sanitario**

Dott. Vincio Atzeni

**Il Direttore Generale**

Dott.ssa Graziella Pintus

Resp. Serv. Acquisti Beni e Servizi Dott. A. Foddis

Resp. Sett. Acq. Servizi e Liq. Fatture Dott. D. Massacci

Rif. M.E Assistente Amm.vo Dott.ssa Enrica Manduco

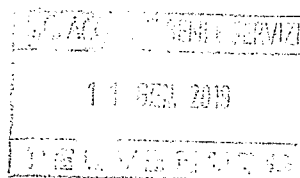


AO Brotzu

SC FARMACIA

Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

F&amp;M



Prot. n° 37 del 10 gennaio 2019

NP/2019/324

del 11/01/2019

Al sig Dir. SC Servizio Acquisti Beni e Servizi  
Dr.ssa Agnese Foddis  
SEDEOggetto: rinnovo semestrale Delibera 1275/2018  
Haemocompletan ® flaconi  
Ditta CSL Behring

Si chiede il rinnovo semestrale, come previsto, della delibera 1275/2018.

CODICE AREAS	DESCRIZIONE	QUANTITA'	PREZZO UNITARIO	IMPORTO MESI 6
168	Haemocompletan 1g	355	€ 400,00	€ 142.000,00

L'importo presunto è di € 142.000 circa senza IVA

Cordiali saluti

Il Direttore della SC Farmacia  
Dr.ssa Michela Pellecchia

# CSL Behring

Ufficio Gare  
Tel. 02 34964281  
Fax +390234964267  
e-mail: ufficiogare@cslbehring.com

Pg/2019/2065

del 25/01/2019

Spettabile  
AZIENDA OSPEDALIERA "G. BROTTU"  
P.ZZALE A. RICCHI 2  
09134 Cagliari CA

## Offerta

Numero 20010180  
Del 25/gen/19  
Codice cliente 7702495  
Vostro riferimento Vs Prot. M.E Pn/2019/1429  
del 18/gen/19  
Oggetto offerta Haemocompletan CIG 7492519E43

La scrivente società CSL Behring S.p.A, con sede in Milano V.le del Ghisallo n. 20, iscritta al Registro delle Imprese C.C.I.A.A di Milano al n. 02642020156 (R.E.A. n. 932236), CodiceFiscale/ Partita I.V.A. n. 02642020156, con riferimento alla Vostra richiesta in oggetto, offre i prodotti come da allegato che, della presente, forma parte integrante e sostanziale, alle seguenti condizioni:

Validita' offerta 25/mar/19  
Scadenza fornitura 31/lug/19  
Condizioni di pagamento Bonifico Bancario 60gg data fattura  
Consegna CPT Porto franco  
Imballo Gratis  
I.V.A. A Vostro carico nella misura di legge

Tutti gli ordini pervenuti a CSL Behring/ Customer Service (Tel 02 34964204/207 - Fax 02 34964264 - e-mail customer.service.italia@cslbehring.com) entro le ore 12,30 dal Lunedì al Venerdì, vengono evasi entro cinque giorni lavorativi dalla data di ricevimento.

  
**CSL Behring S.p.A.**  
I Procuratori 

Per accettazione (data, timbro e firma): .....

# CSL Behring

Documento 20010180  
Data 25/01/19  
Pagina 2 di 2

Pos.	Cod. prodotto	Prodotto
10	OBKU115A01	<b>HAEMOCOMPLETTAN P ® 1 fiala da 1 grammo</b> Fibrinogeno umano liofilizzato pasteurizzato IMPORTAZIONE DI SPECIALITÀ MEDICINALI LEGALMENTE IN COMMERCIO NEL PAESE DI PROVENIENZA MA NON REGistrate IN ITALIA. LA FORNITURA DEL PRODOTTO E' SUBORDINATA AL RILASCIO DA PARTE DELL'AIFA DELLA DETERMINA CHE NE AUTORIZZA L'IMPORTAZIONE L'ordine dovrà essere corredato dal modulo allegato, debitamente compilato.

Quantità richiesta: 355 PC (trecentocinquantacinque)  
 I.V.A.: 10,00 % (diecivirgolazero)  
 Prezzo di listino IVA escl.: 400,00 EUR (quattrocentovirgolazero)  
 Prezzo unitario offerto IVA escl.: 142.000,00 EUR (centoquarantaduemigliaiavirgolazero)

Vi preghiamo di restituire copia dell'Offerta debitamente timbrata e sottoscritta su tutte le pagine al fax n.0234964267 o alla e-mail: ufficiogare@cslbehring.com. Senza questo documento i vostri eventuali graditi ordini non potranno essere evasi.

La sottoscritta dichiara di provvedere agli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla L.N. 136 dd. 13/08/10, nonché a tutti gli altri adempimenti previsti dalla citata legge.

N.B. Vi rammentiamo inoltre, in ottemperanza alla Legge n. 136/13.08.2010, di comunicarci il codice CIG riferito all'Offerta di questo prodotto.

Distinti Saluti.

**CSL Behring S.p.A.**  
I Procuratori

Per accettazione (data, timbro e firma): .....

ALLEGATO

Modulo di richiesta fornitura di medicinale importato

Alla CSL Behring S.p.A.  
V.le del Ghisallo, n. 20  
20151 Milano  
Tel. 02 34964207-208204  
Fax 02 34964264

Il sottoscritto medico Dott. \_\_\_\_\_, in servizio presso \_\_\_\_\_

CHIEDE

alla CSL Behring S.p.A. la fornitura del medicinale "HAEMOCOMPLETTAN P 1G POLVERE 1 FIALA"

nella quantità di \_\_\_\_\_ per la cura del paziente\* \_\_\_\_\_ affetto da \_\_\_\_\_.

Tale medicinale verrà utilizzato sotto la diretta responsabilità dello scrivente Medico curante; previo ottenimento, ai sensi del D.M. 1 settembre 1995, del consenso informato del paziente o, in caso di minori o incapaci, di chi esercita la tutela o curatela.

Data \_\_\_\_\_

Il Medico curante (firma per esteso e timbro)

\_\_\_\_\_

*per gli aspetti di propria competenza:*

Il Responsabile della struttura sanitaria/Dirigente della Farmacia Ospedaliera (firma per esteso e timbro).

\_\_\_\_\_

Indirizzo della Farmacia Ospedaliera presso la quale deve essere effettuata la fornitura:

\_\_\_\_\_

\* Nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali indicare unicamente le iniziali del paziente.