

31 LUGLIO 1^a sessione

Allegato h
1/2



REGIONE ABRUZZO
Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI
Sede Legale Via Martiri Lancianesi n. 17/19 – 66100 Chieti
C.F. e P. Iva 02307130696

Dipartimento Amministrazione
U.O.C. Amministrazione e Sviluppo Risorse Umane
Sede di **CHIETI**

Protocollo n.
All.ti n.:

Chieti,

Al Direttore Sanitario
P. O. SS. Immacolata
LANCIANO

Oggetto: Richiesta Dott. Tale dei TALI.

In riferimento alla nota, di pari oggetto, del 14 giugno 2018, prot. n. 949, si fa presente che, a decorrere dall'entrata in vigore del CCNL 94/97, le uniche prestazioni di lavoro straordinario autorizzabili si riferiscono a quelle per richiamo in pronta disponibilità e per assicurare turni di guardia programmati, mentre eventuali eccedenze orarie derivanti dal prolungamento dell'orario di servizio, non possono essere monetizzate o recuperate.

Ciò premesso, si allega la tabella con le ore e gli importi da corrispondere al personale dirigente medico della U.O. di Chirurgia Generale.

Restando a disposizione per ogni chiarimento si porgono cordiali saluti.

IL DIRETTORE DELLA U.O.C.



NOME COGNOME E DATA DI NASCITA DEL CANDIDATO



1

31 LUGLIO 1^a sessione

Allegato h
2/2

	Sede1	Sede2	Sede3	Sede4
N. Ore	25	29	31	21
Importo Orario	€ 25,39	€ 26,54	€ 18,98	€ 28,36
Totale	A	A	A	A
				B

Calcolare nelle celle A il prodotto di "N. Ore" per "Importo Orario" per ogni colonna
Calcolare nella cella B la somma delle celle A

Prima di stampare scrivere

NOME

COGNOME

DATA DI NASCITA

ed

my

A

31 LUGLIO 1^o semestre

Allegato 5
1/2 (2)

AZIENDA SANITARIA LOCALE 2
LANCIANO – VASTO – CHIETI
L. R. 10/03/2008 n.5
Codice Fiscale e Partita IVA 02307130696

Prot. n.

Chieti _____

Inviata a mezzo FAX

Spett. le
DITTA Srl

OGGETTO: eventuale fornitura di “*RECINSIONE PER OVOCAPRINI E RELATIVI ACCESSORI*” per le esigenze della U.O.C. Sanità Animale.

Per le necessità della U.O.C. Sanità Animale della ASL2 Lanciano Vasto Chieti, si richiede preventivo per eventuale acquisizione dei prodotti riepilogati in allegato.

L'Operatore economico, qualora interessato, dovrà far pervenire, entro il termine delle ore **12,00** del giorno **18 Settembre 2018** il miglior preventivo di spesa.

Il preventivo dovrà avere validità di 90 giorni dalla data di scadenza fissata per la presentazione.


Al fine di verificare la convenienza delle condizioni economiche di fornitura, si chiede inoltre:

- indicazione del prezzo di listino;
- la percentuale di sconto applicata.

La presente ricerca di mercato ha valore meramente conoscitivo e non vincola in alcun modo l'Azienda Asl 02 Lanciano/Vasto/Chieti ai fini di una eventuale aggiudicazione, all'esito dell'indagine stessa.

Il Direttore della UOC
Governo dei Contratti di Servizi e Forniture

NOME COGNOME E DATA DI NASCITA DEL CANDIDATO


mg
eb

2

21 2010 12 2010

Allegato 5
2/2

Descrizione	Quantità	Importo unitario	Importo totale
Recinzione	54 mt	€ 258,00	A
Pali	80 pz	€ 12,00	A
Installazione	1 corpo	€ 350,00	A
			B

Calcolare nelle celle **A** il prodotto di "Quantità" per "Importo unitario" per ogni riga
Calcolare nella cella **B** la somma delle celle **A**

Prima di stampare scrivere

NOME

COGNOME

DATA DI NASCITA

90

R
C
A

31 LUGLIO 1^a Semestre

Allegato 6
1/2 (3)

AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2
LANCIANO – VASTO – CHIETI
L. R. 10/03/2008 n.5
Codice Fiscale e Partita IVA 02307130696
U.O.C. GOVERNO DEI CONTRATTI DI SERVIZI E FORNITURE

**Al Responsabile del
Dipartimento Programmazione e Controllo
Gestione Bilancio e Contabilità**

e p.c.

Direttore Amministrativo

Oggetto: Cartolarizzazione Fornitori.

In riferimento alla nota di cui all'oggetto, in allegato si trasmette quanto richiesto così suddiviso:

- Stampa completa delle fatture inviate
Stampa con evidenza di fatture non di pertinenza del Dip. Provveditorato
Stampa Fatture di pertinenza Dip. Provveditorato – Fatture Omaggio
Stampa Fatture di pertinenza Dip. Provveditorato – Fatture Liquidate con riferimento del relativo dispositivo di liquidazione
Stampa Fatture di pertinenza Dip. Provveditorato – Fatture al momento non liquidabili con indicazione delle motivazioni.

Si prega per il futuro di inviare gli elenchi delle fatture oggetto di cartolarizzazione già depurati di quelle di pertinenza di altri uffici, di quelle omaggio e di quelle già oggetto di cartolarizzazione totale o parziale.

Distinti saluti.

IL DIRETTORE



NOME COGNOME E DATA DI NASCITA DEL CANDIDATO

cm
SI

do

3

31 LUGLIO 1^o settembre

Allegato 6

2/2

	Numero Fatture	Fatture liquidate	Fatture NON liquidate	Totale
DITTA1	12	€ 5.678,00	€ 2.136,00	A
DITTA2	154	€ 29.531,00	€ 4.325,00	A
DITTA3	189	€ 36.987,00	€ 5.689,00	A
				B

Calcolare nelle celle A la somma di "Fatture liquidate" più "Fatture NON liquidate" per ogni riga
Calcolare nella cella B la somma delle celle A

Prima di stampare scrivere

NOME

COGNOME

DATA DI NASCITA

sc

sc

A