

31 LUGLIO 3<sup>a</sup> sezione

Allegato 17  
1/2  
1

**AZIENDA SANITARIA LOCALE N.2  
LANCIANO – VASTO – CHIETI**  
Sede Legale: Via Martiri Lancianesi, 17/19  
66100 CHIETI  
*ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI*

**CAPITOLATO TECNICO RELATIVO ALLA:**


- ✓ **PROCEDURA APERTA PER L'AGGIUDICAZIONE DELL'APPALTO SPECIFICO INDETTO DALLA A.S.L. LANCIANO VASTO CHIETI QUALE CAPOFILA DELL'UNIONE DI ACQUISTO DELLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE ABRUZZO PER LA FORNITURA DI PRODOTTI FARMACEUTICI, RADIOFARMACI E VACCINI**

**oggetto della fornitura e quantità**

Il presente Capitolato ha per oggetto la fornitura di prodotti farmaceutici come descritti nell'allegato "elenco prodotti", al fine dell'aggiudicazione dell'appalto specifico indetto dalla A.S.L. Lanciano Vasto Chieti quale capofila dell'unione di acquisto delle aziende sanitarie della Regione Abruzzo.

- Per quanto attiene la descrizione delle caratteristiche dei prodotti farmaceutici e dei quantitativi da fornire si rinvia a quanto disposto nell'allegato "elenco prodotti".
- Le quantità e tipologie dei prodotti farmaceutici indicate si riferiscono al fabbisogno per n. 24 mesi.
- Gli aderenti, nel corso dell'esecuzione contrattuale, potrà apportare variazioni nei casi e nelle modalità previste dall'art. 57 comma 5 lett. b) del d.Lgs. n. 163/2006.

**IL RUP**



**NOME COGNOME E DATA DI NASCITA DEL CANDIDATO**

51  
Cuy

ef



Allegato 17  
2/2

Specialità medicinali e vaccini				
	Codice	Quantità Prodotto	Base d'asta	Totale
PRODOTTO1	14B	548	€ 25,23	A
PRODOTTO2	125E	124	€ 165,48	A
PRODOTTO3	368V	365	€ 984,12	A
				B

Calcolare nelle celle A il prodotto della "Quantità Prodotto" per il "Base d'asta" per ogni riga  
Calcolare nella cella B la somma delle celle A

Prima di stampare scrivere

NOME

COGNOME

DATA DI NASCITA

Handwritten initials and a signature.

31 LUGLIO 3<sup>o</sup> Sezione

All'atto 18  
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

--- o ---

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

Protocollo n.

Chieti, .....

Al **Signor Francesco FORMAGGIO**  
Via dei Dolori, 23  
66100 CHIETI

**Oggetto:** Progressione economica orizzontale. Istanza dipendente Sig. Francesco FORMAGGIO.

Con riferimento alla nota in data 21 giugno 2018, prot. n. 445, si evidenzia che ai fini della valutazione del servizio prestato dalla S.V. presso l'Ente Regione Abruzzo sede di Pescara, si è tenuto conto di quanto disposto dagli artt. 24 del D.p.r. 761/79.

In ordine alla ulteriore richiesta di rilascio di copia della delibera n. 121 del 12/07/2018, si richiede di effettuare il versamento dell'importo indicato nel documento allegato.

Detto versamento potrà essere effettuato presso le casse CUP aziendali.

Distinti saluti

**IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO**

**NOME COGNOME E DATA DI NASCITA DEL CANDIDATO**

	QUANTITA'	IMPORTO	TOTALE
FOTOCOPIE	56	€ 0,32	A
MATERIALE DI CONSUMO	2	€ 6,32	A
SPESE POSTALI	4	€ 15,38	A
DIRITTI DI SEGRETERIA	3	€ 7,52	A
			B

Calcolare nelle celle A il prodotto di "QUANTITA'" per "IMPORTO" per ogni riga

Calcolare nella cella B la somma delle celle A

Prima di stampare scrivere

NOME

COGNOME

DATA DI NASCITA

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

Allegato 18  
2/2

2

31 LUGLIO 3<sup>a</sup> sezione

Allegato 19  
1/2  
3

**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

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

Protocollo n. 78741

Chieti, \_\_\_\_\_

*Al Direttore U.O. Bilancio e Contabilità*  
*Dott. Primo SECONDINO*

**OGGETTO:** *Richiesta giornate di effettiva presenza in servizio anni 2016.*

Con riferimento a Vs. nota di pari oggetto, si comunica, in allegato alla presente, il numero di giornate di effettiva presenza in servizio, nel corso dell'anno 2016, dei dipendenti espressamente indicati nella citata nota nonché l'importo giornaliero a ciascuno spettante, al fine di consentire a codesto Ufficio di predisporre gli atti propedeutici alla liquidazione, a titolo di incentivo 2016, dell'indennità per maneggio valori.

Si rammenta che detta indennità di maneggio valori può essere corrisposta, oltre che al personale adibito a operazioni di cassa, a tutti i titolari di cassa master.

**IL DIRETTORE**  
**Amministrazione e Sviluppo delle Risorse Umane**



**NOME COGNOME E DATA DI NASCITA DEL CANDIDATO**



3

Allegato 19  
2/2

Descrizione	Operatore1	Operatore2	Operatore3
Quantità	27	18	36
	ore	giorni	turni interi
Importo unitario	€ 3,45	€ 5,72	€ 7,31
Importo totale	A	A	A
			B

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

Prima di stampare scrivere

**NOME**

**COGNOME**

**DATA DI NASCITA**

es  
