

1 AGOSTO 1^o assemblea

Allegato 4
1/2



REGIONE ABRUZZO
Azienda Sanitaria Locale n. 2 LANCIANO-VASTO-CHIETI
L. R. 10 marzo 2008, n. 5
Via Martiri Lancianesi n. 17/19 – 66100 Chieti
C.F. e P. Iva 02307130696

**DELIBERAZIONE
DEL
DIRETTORE GENERALE**

N. _____ DEL _____

Oggetto: DELIBERA A CONTRARRE E CONTESTUALE AFFIDAMENTO A DIVERSI O.E. DI MATERIALE VARIO (INFORMATICO, DISPOSITIVI D.P.I., DISPOSITIVI MEDICI ECC.)

RILEVATO CHE:

il bene richiesto non è presente sul M.E.P.A. per cui la UOC G.C.S.F ha esperito confronto concorrenziale conoscitivo, invitando n.5 O.E. specializzati nel mercato di riferimento con nota prot. 12 del 08/06/17 (agli atti del fascicolo d'ufficio)

PROPONE DI DELIBERARE QUANTO SEGUE

- ✓ **DI DISPORRE** l'affidamento della fornitura dei beni di cui si tratta;
- ✓ **DI DICHIARARE** il presente provvedimento immediatamente eseguibile per consentire al più presto alla UOC Sanità Animale di dotarsi degli strumenti di lavoro di cui necessita.

**Il Direttore della U.O.C.
Governo dei Contratti di Servizi e Forniture
attesta la legittimità e la regolarità dell'atto**

Data _____

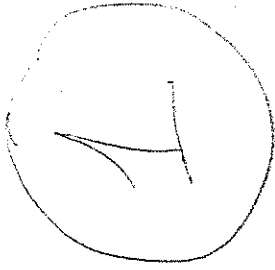
NOME COGNOME E DATA DI NASCITA DEL CANDIDATO

SP
CM
CP

1 AGOSTO 1^{ra} sessione

Allegato 4

2/2



DITTA1			
	Importo	Pz	Totale
Materiale informatico	€ 564,00	25	A
Dispositivi D.P.I.	€ 12,54	52	A
Dispositivi medici	€ 1,26	254	A
			B

Calcolare nelle celle A il prodotto di "Importo" per "Pz" per ogni riga

Calcolare nella cella B la somma delle celle A

Prima di stampare scrivere

NOME

COGNOME

DATA DI NASCITA

Handwritten marks: a signature, a scribble, and a checkmark.

1 AGOSTO 1° sezione

Allegato 5

1/2

2

**AZIENDA SANITARIA LOCALE N.2
LANCIANO - VASTO - CHIETI**

(L. R. 10/03/2008 n.5)

Partita IVA 02307130696

Sede Legale: Via Martiri Lancianesi, 17/19
66100 CHIETI

GOVERNO DEI CONTRATTI DI SERVIZI E FORNITURE

Prot.

Chieti,

Risposta a nota Prot. N. _____

Allegati n. 1

RACCOMANDATA A.R.

OGGETTO: Escussione deposito cauzionale

Spett.le
ASSICURAZIONI S.p.A.

Ai sensi dell'art. 4 della Garanzia fideiussoria n. 50 del 21-08-2013, Codice Controllo 14 rilasciata da Agenzia 3ELLE - Treviso cod. 011 Prov. TV Subag 0 Codice rischio 117, si comunica il ricorso alla garanzia prestata con la polizza indicata, per mancata comprova dei requisiti e s.m.i. da parte della ditta DITTA1.

Si resta pertanto in attesa del pagamento del risarcimento che potrà essere effettuato su IBAN n. IT80 della BANCA POPOLARE, con preghiera di comunicare allo scrivente Ufficio al numero fax 0871-358785 gli estremi dell'avvenuto pagamento entro e non oltre il 25/05/2018 ore 12:00.

Il Responsabile del Procedimento

Handwritten signature

NOME COGNOME E DATA DI NASCITA DEL CANDIDATO

Handwritten signature

Handwritten initials

2

1 Agosto 1° semestre

Allegato 5
2/2

Descrizione	Polizza1	Polizza2	Polizza3
Quantità	72	28	7
	ore	giorni	turni interi
Importo unitario	€ 5,90	€ 5,21	€ 8,54
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

RF

CM

SI

1 agosto 1^a sezione

Allegato 6
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

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

Protocollo n. 54545

Chieti,

All. n.: 1

Al Direttore Sanitario
P.O. "Padre Pio"
VASTO

Oggetto: **Richiesta Dott. Pasquale TERZO.**

In riferimento alla nota, di pari oggetto, del 16 maggio 2018, prot. n. 569, 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 Medicina Generale.

Restando a disposizione per ogni chiarimento si porgono cordiali saluti.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

ef
UM
[Signature]

NOME COGNOME E DATA DI NASCITA DEL CANDIDATO

3

1 agosto 1^o servizio

Allegato 6
2/2

U.O. MEDICINA GENERALE				
	Sede1	Sede2	Sede3	Sede4
N. Ore	34	31	37	32
Importo Orario	€ 26,65	€ 22,65	€ 21,67	€ 33,70
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

ca

ca

ca

ca