



# FONDAZIONE ISTITUTO G. GIGLIO DI CEFALÙ

Prot. UPLOP/5619U

Cefalù, li 24 LUG. 2018  
Spett.le ditta  
FARMACIA INTERNAZIONALE ITALIANA S.  
VIA PEDOLAZZI N°31 28883 GRAVELLONA TOCE VB  
P.IVA 02130320035  
Tel. 0323/865557  
Fax 0323/845267  
E-mail [info@finternazionale.it](mailto:info@finternazionale.it)  
e p. c.: Al Servizio di Farmacia  
All'U.O. di Pronto Soccorso  
Loro Sedi

OGGETTO: Ordine urgente di fornitura farmaci ai sensi dell'art.63 comma2 del D.Lgs. 50/2016 . Lettera contratto. CIG: 74916300A7.  
Si comunica che, come da Provvedimento di Direzione Strategica n. 639 del 23 LUG. 2018 pubblicato sul sito di questa Fondazione al link <https://www.ospedalegiglio.it/sito/fondazione/bandi-e-appalti>, viene affidato a Codesta Ditta, l'appalto della fornitura del materiale di seguito descritto, ai prezzi unitari a fianco indicati, per un importo complessivo di € 1.203,38 con Iva al 10% e al 22 % % inclusa.

Codice Euis	Descrizione	Quantita'	Prezzo unitario	Prezzo totale	IVA	Prezzo totale
55275	ANTICHOLIUM* 2MG 5ML F.le	10	10,98000	109,80	IVA 10%	120,78
582666	SPESE DI TRASPORTO FARMACI	1	130,00000	130,00	IVA 22%	158,60
584162	VIEKVIN* SIERO ANTIVIPERA f 1 ml	4	210,00000	840,00	IVA 10%	924,00

Contratto Euis: 554 Programma di spesa n.7

L'ordine dovrà essere evasi da codesta ditta entro 5 giorni dalla data di emissione. Nessun ritardo è ammesso nella consegna dei prodotti ordinati. In caso contrario questa Fondazione applicherà una penale pari all'uno per mille del valore netto contrattuale del materiale consegnato in ritardo per ogni giorno successivo al termine prescritto, fatto salvo il diritto al risarcimento dell'eventuale maggior danno subito dalla Fondazione e la revoca del contratto a seguito di due contestazioni scritte. In caso di mancata consegna oltre il trentesimo giorno dalla data di sua emissione, fatta salva l'applicazione del precedente capoverso, l'ordine dovrà intendersi tacitamente revocato ed i prodotti eventualmente consegnati dopo tale scadenza, verranno restituiti con addebito di spese a carico di Codesta Ditta. La consegna dei prodotti dovrà avvenire franco farmacia di questa Fondazione. Il Direttore dell'esecuzione del contratto è il Dott. Carmelo Di Giorgio del nostro Servizio di Farmacia. Ai sensi dell'art. 3 della legge 136/2010 comma 8, la ditta si assume la responsabilità degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari. La Fondazione risolverà il presente contratto qualora le transazioni saranno eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste italiane Spa. In rispetto dell'art.2 punto n.2 della legge n.15 del 20/11/08 questa Fondazione si riserva la facoltà di risoluzione del contratto nell'ipotesi in cui il legale rappresentante o uno dei dirigenti dell'impresa siano rinviati a giudizio per favoreggiamento nell'ambito di procedimenti relativi a reati di criminalità organizzata. Codesta ditta si impegna a comunicare ogni eventuale evento di cui sopra che si dovesse verificare nel corso del rapporto contrattuale. La fattura dovrà essere emessa entro 15 gg del mese successivo a quello di effettiva consegna del materiale e in caso di fornitura in conto deposito entro 15 gg del mese successivo a quello della data dell'effettivo utilizzo. Il relativo pagamento sarà effettuato a 60 giorni data fattura fino all'importo massimo contrattuale pari ad euro 1.203,38 IVA inclusa. La fattura dovrà essere intestata a Fondazione "Istituto G.Giglio di Cefalù" – C.da Pietrapollastra – Pisciotto - 90015 Cefalù e dovrà essere inviata all'indirizzo PEC: [fatture@pec.hsriglio.it](mailto:fatture@pec.hsriglio.it) e di volere inviare i riferimenti del conto corrente dedicato al seguente indirizzo email: [s.contabilita@hsrgiglio.it](mailto:s.contabilita@hsrgiglio.it)  
Codesta ditta dovrà indicare in fattura il numero d'ordine di farmacia di riferimento. Si comunica che a decorrere dal 1° gennaio 2018, questa Fondazione sarà interessata dall'applicazione dello split payment (art. 17-ter D.P.R. 633/72), con la conseguenza che per le operazioni fatturate a partire dal 1° gennaio 2018, i fornitori, dovranno emettere fattura con l'addebito dell'iva, indicando sulla stessa la dicitura "operazione soggetta alla scissione dei pagamenti ai sensi dell'art. 17-ter del D.P.R. 633/1972", pena la non regolarità del documento emesso. Ai sensi dell'art.30 D.Lgs 50/2016, così come modificato dall'art.20 c.1 lett.c) D.Lgs n.56 del 19 aprile 2017, in caso di forniture/servizi da eseguirsi in più soluzioni, verranno eseguite ritenute pari allo 0,5% del relativo importo netto. Le relative somme verranno svincolate al termine del rapporto contrattuale, previa verifica della regolarità contributiva. Vogliate restituire integralmente firmata per accettazione, una copia della presente da valere quale contratto ad ogni effetto di legge e altresì a valere quale accettazione del nostro Codice Etico e del trattamento dei dati personali. Altresì Codesta ditta dovrà produrre dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, accompagnata da copia di un documento d'identità, attestante che non esistono motivi di esclusione di cui all'art. 80 del D.Lgs 50/2016. Distinti Saluti.

Il RUP  
Dott.ssa Antonella La Barbera

Il Direttore Generale  
Prof. Vittorio Virgilio

<b>MINISTERO DELLA SALUTE</b> DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA	<b>Processo operativo</b> RILASCIO DI AUTORIZZAZIONE ALL'IMPORTAZIONE DI SPECIALITÀ MEDICINALI.	P.O.S. 10 USMAF SASN
		Pag. 20 a 27

Allegato 10

MODELLO 10-1

AL MINISTERO DELLA SALUTE  
 USMAF-SASN.....  
 UNITA' TERRITORIALE..... MILANO MALPENSA

Richiesta di importazione di medicinali ai sensi del D.M. 11/02/1997.

Il sottoscritto Dr. ROSARIO SQUATRITO  
 Residente in SAN GREGORIO DI CT via IVANZO, 11 tel. 3472771558  
 Iscritto nell'albo dell'Ordine dei Medici -Chirurghi di CATANIA  
 Al n° 11783 cod. regionale.....

chiede di importare il medicinale (contenente il seguente/i principio/i:  
 SIERO ANTIVIPERA

nome commerciale: VIEKVIN  
 forma farmaceutica: FIALE 5 ML.  
 nella quantità di numero 45 (cinquante) confezioni contenenti 1 FIALA di farmaco cadauna.  
 Prodotto dalla ditta TORLAK (Specificare il nome dell'Azienda)

Precisa che tale farmaco è regolarmente registrato nel Paese di provenienza: SERBIA

Per il trattamento di: DOTAZIONE ANTIDOTI U.O. PRONTO SOCCORSO

Tale farmaco è indispensabile per la cura del Sig. (solo iniziali o codice) /

Affetto da /

Dichiaro altresì che il farmaco:

- non ha valida alternativa terapeutica con altri medicinali registrati in Italia
- non contiene sostanze stupefacenti o psicotrope;
- non è un emoderivato;
- verrà impiegato sotto la propria diretta responsabilità, dopo aver ottenuto il consenso informato scritto del paziente;
- che le generalità del paziente ed i documenti relativi al consenso informato sono custoditi presso il medico curante per la durata prevista dalla normativa vigente

Particolari condizioni di conservazione:

Temperatura (es. -20°C, da 2 a 8°C, < 25°, <30°, nessuna indicazione):.....

Altro: .....

Luogo e data 12/7/2018



\*obbligatori

Timbro e firma leggibile del medico \*  
**Fondazione Istituto G. Giglio di Cefalù**  
 Responsabile U.O. di Pronto Soccorso  
**Dott. Rosario Squatrìto**  
 Specialista in Medicina Interna  
 Cod. ENPAM 300233515Q  
 Sigla Prov. CT - Num. iscr. 11783

<b>MINISTERO DELLA SALUTE</b> DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA	<b>Processo operativo</b> RILASCIO DI AUTORIZZAZIONE ALL'IMPORTAZIONE DI SPECIALITÀ MEDICINALI.	P.O.S. 10 USMAF SASN
		Pag. 20 a 27

Allegato 10

MODELLO 10-1

AL MINISTERO DELLA SALUTE  
 USMAF-SASN.....  
 UNITA' TERRITORIALE.....TORINO.CASELLE.....

Richiesta di importazione di medicinali ai sensi del D.M. 11/02/1997.

Il sottoscritto Dr. ROSARIO SQUATRITO

Residente in SAN GREGORIO DI CT via ISORZO, 11 tel. 3472771558

Iscritto nell'albo dell'Ordine dei Medici -Chirurghi di CATANIA

Al n° 11783..... cod. regionale.....

chiede di importare il medicinale (contenente il seguente/i principio/i:

FISOSTIGMINA SALICITATO

nome commerciale: ANTICHOLIUM

forma farmaceutica F.LA 2 MG/5 ML. 5 ML.

nella quantità di numero 2 confezioni contenenti 5 FIALE di farmaco cadauna.

Prodotto dalla ditta KOHLER..... (Specificare il nome dell'Azienda)

Precisa che tale farmaco è regolarmente registrato nel Paese di provenienza: AUSTRIA/GERMANIA

Per il trattamento di: DOTAZIONE ANTIDOTI U.O. PRONTO SOCCORSO

Tale farmaco è indispensabile per la cura del Sig. (solo iniziali o codice)       

Affetto da       

Dichiaro altresì che il farmaco:

- non ha valida alternativa terapeutica con altri medicinali registrati in Italia
- non contiene sostanze stupefacenti o psicotrope;
- non è un emoderivato;
- verrà impiegato sotto la propria diretta responsabilità, dopo aver ottenuto il consenso informato scritto del paziente;
- che le generalità del paziente ed i documenti relativi al consenso informato sono custoditi presso il medico curante per la durata prevista dalla normativa vigente

Particolari condizioni di conservazione:

Temperatura (es. -20°C, da 2 a 8°C, < 25°, <30°, nessuna indicazione):.....

Altro: .....

Luogo e data CEPALU' 12/7/2018

Fondazione Istituto G. Giglio di Cepalù  
 Responsabile U.O. di Pronto Soccorso  
Dr. Rosario Squatrìto  
 Specialista Interna  
 Cod. ENI-PAM 3042335150  
 Sigla Prov. CT - Num. iscr. 11783  
 Timbro e firma leggibile del medico \*

\*obbligatori