



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 1 "TRIESTINA"  
TRIESTE**

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

**n. 421 del 07/10/2014**

**OGGETTO**

300.100/2014-2015-2016-2017. "PRODOTTI FARMACEUTICI" (ID13FAR001) PRESA D'ATTO DELLA DETERMINAZIONE DSC N° 655/14 DD. 07/08/2014 DI AGGIUDICAZIONE DELLA FORNITURA IN CONVENZIONE DI TALI PRODOTTI PER 36 MESI DAL 01/10/2014 AL 30/09/2017 PER UN IMPORTO COMPLESSIVO PRESUNTO PARI AD EURO € 25.722.776,95 IVA INCLUSA.

L'anno duemilaquattordici, il giorno sette del mese di ottobre nella sede legale,

**IL DIRETTORE GENERALE**

Dott. Nicola DELLI QUADRI nominato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 0226/Pres dd. 28.11.2013, coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, ha adottato la deliberazione che segue:

**OGGETTO:** 300.100/2014-2015-2016-2017. "PRODOTTI FARMACEUTICI" (ID13FAR001) PRESA D'ATTO DELLA DETERMINAZIONE DSC N° 655/14 DD. 07/08/2014 DI AGGIUDICAZIONE DELLA FORNITURA IN CONVENZIONE DI TALI PRODOTTI PER 36 MESI DAL 01/10/2014 AL 30/09/2017 PER UN IMPORTO COMPLESSIVO PRESUNTO PARI AD EURO € 25.722.776,95 IVA INCLUSA.

Premesso che il Dipartimento dei Servizi Condivisi di Udine, in ottemperanza del proprio mandato istituzionale, ha condotto la procedura di gara per l'aggiudicazione della fornitura in convenzione di "Prodotti farmaceutici "(ID13FAR001) secondo i fabbisogni espressi dalle Aziende del Servizio Sanitario Regionale;

preso atto della Determinazione n. 655/14 dd. 07/08/2014 dell'Amministratore unico del DSC di individuazione dei migliori offerenti per la fornitura in convenzione dei prodotti in questione e dei relativi allegati, conservati in copia agli atti del presente provvedimento;

preso atto dei nomi commerciali, delle ditte fornitrici aggiudicatarie, dei prezzi unitari netti e dei fabbisogni dell'ASS1 tutti riportati nella tabella allegata al presente provvedimento;

ritenuto di aderire alla convenzione per il periodo di 36 mesi, con decorrenza dal 01/10/2014 al 30/09/2017 acquistando i farmaci in oggetto dalle ditte risultate aggiudicatarie della procedura di gara ed alle condizioni contrattuali stabilite dal DSC nella determinazione n. 655/14 citata;

rilevato che, ai sensi dell'art. 3 L.136/10 del 13/08/2010 e ss.mm.ii., con riferimento ai CIG segnalati in convenzione si è provveduto alla richiesta dei relativi CIG derivati, il cui dettaglio è riportato nell'allegato al presente provvedimento, utilizzando il portale dell' Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici;

tenuto conto che la spesa complessiva, ma necessariamente presunta, per l'acquisto farmaci in oggetto, per il periodo considerato, ammonta ad Euro 25.722.776,95 (imponibile Euro € 23.384.342,69 + Iva 10% Euro € 2.338.434,27 – v. dettaglio nella tabella allegata);

rilevato che il provvedimento è presentato dalla Struttura Complessa Programmazione e Controllo Acquisti, che ne attesta la regolarità tecnica, amministrativa e la legittimità e i cui uffici ne hanno curato l'istruzione e la redazione;

inteso il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo;

## Il Direttore Generale

### Delibera

per quanto esposto in narrativa:

1) prendere atto della aggiudicazione della fornitura in convenzione di “Prodotti farmaceutici” (ID13FAR001) determinata dal Direttore del Dipartimento dei Servizi Condivisi di Udine con provvedimento n. 655/14 dd. 07/08/2014 e relativi allegati, conservati in copia agli atti del presente provvedimento;

2) aderire alla convenzione per la fornitura di “Prodotti farmaceutici” in oggetto;

3) acquistare i farmaci, costituenti il fabbisogno segnalato per un periodo di 36 mesi, con decorrenza dal 01/10/2014 al 30/09/2017, dalle ditte risultate aggiudicatrici della procedura di gara condotta dal DSC, ai prezzi ed alle condizioni contrattuali ivi stabilite, dettagliatamente riportati nella tabella allegata al presente provvedimento, di cui ne costituisce parte integrante e sostanziale, per una spesa complessiva, necessariamente presunta, di Euro 25.722.776,952.338.434,27 (imponibile Euro € 23.384.342,692.338.434,27 + Iva 1010% Euro € 2.338.434,272.338.434,27 – v. dettaglio nella tabella allegata).

L'onere conseguente dal presente atto, valutato in Euro 25.722.776,9525.722.776,95 va imputato al conto n. del budget del Centro di Risorsa Struttura Complessa per il bilancio 2014, 2015, 2016 e 2017 e così contabilizzato:

	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>Totale</b>
<b>Imponibile</b>	€ 1.948.695,22	€ 7.794.780,90	€ 7.794.780,90	€ 5.846.085,67	€ <b>23.384.342,69</b>
<b>Iva 10%</b>	€ 194.869,52	€ 779.478,09	€ 779.478,09	€ 584.608,57	€ <b>2.338.434,27</b>
<b>Totale</b>	€ <b>2.143.564,75</b>	€ <b>8.574.258,98</b>	€ <b>8.574.258,98</b>	€ <b>6.430.694,24</b>	€ <b>25.722.776,95</b>

Il presente provvedimento diviene esecutivo ai sensi dell'art. 4 della L.R. 21/92, come sostituito dall'art. 50 della L.R. 49/96, dalla data di pubblicazione all'Albo aziendale.

\*\*\*\*\*

### Il Direttore Sanitario

dott.ssa Adele MAGGIORE

(Firmato elettronicamente)

**Il Direttore Amministrativo**

dott. Franco SINIGOJ

(Firmato elettronicamente)

**Il Direttore Generale**

dott. Nicola DELLI QUADRI

(Firmato elettronicamente)

Allegato: 1

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI  
N° 1 – TRIESTINA**

Via Giovanni Sai, 1-3 - 34128 TRIESTE



Trieste, 02 dicembre 2014

**Prot. n.** GEN. III. 6.

**Servizio:** S.C. Programmazione e Controllo Acquisti c/o Via del Farneto, 3 - 34142 TRIESTE

**Funzionario referente per quanto comunicato:**

Sara Leonardi

(nome e cognome)

**e-mail:** uap4@ass1.sanita.fvg.it

**Tel./fax:** 040 399 5062 - Fax 040 399 5229

**Rif. nota:** dd.

**ABBVIE S.R.L.**  
**S.R. 148 PONTINA KM 52 SNC**  
**04011 LATINA LT**  
**tel: 800868221**  
**fax: 06 929072800**  
**pec: [abbvie@pec.it.abbvie.com](mailto:abbvie@pec.it.abbvie.com)**

**OGGETTO: ABBVIE S.R.L. - Invio contratto derivato per la convenzione di cui alla gara DSC per la fornitura di "PRODOTTI FARMACEUTICI" (ID13FAR001)**

Con riferimento alla gara di cui in oggetto, si invia in allegato il contratto derivato, relativo ai prodotti aggiudicati alla vs. azienda

Cordiali saluti,

Centralino 040 3995 111  
Fax 040 399 7189

C.F. e P. IVA 00052420320

[www.ass1.sanita.fvg.it](http://www.ass1.sanita.fvg.it)

1

CASELLA AZIENDALE DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA: [Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it](mailto:Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it)

L'Ente destinatario della presente è dotato di una casella di posta certificata? Inviare l'informazione via e-mail al seguente indirizzo: [da@ass1.sanita.fvg.it](mailto:da@ass1.sanita.fvg.it)

## CONTRATTO DERIVATO

Ragione sociale:	<b>ABBVIE S.R.L.</b>
Indirizzo:	<b>S.R. 148 PONTINA KM 52 SNC</b>
Città:	<b>04011 LATINA (LT)</b>
Telefono:	<b>800868221</b>
Fax:	<b>06 929072800</b>
Indirizzo PEC:	<b>abbvie@pec.it.abbvie.com</b>
Partita IVA:	<b>02645920592</b>
N.della richiesta:	<b>1/2014</b>

La sottoscritta **Rosa Caramanoli** in qualità di **Responsabile della Struttura Complessa Programmazione e controllo Acquisti** e per conto **dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 Triestina**, Codice Fiscale/Partita Iva **00052420320** con sede in **Trieste Via Sai n. 1-3, CAP 34128** Tel **040/399 1111** Fax **040/399 5229**,

Vista la Convenzione per la fornitura di **"Prodotti farmaceutici"** (ID13FAR001) alle Aziende del Servizio Sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia, stipulata dal Dipartimento Servizi Condivisi con il Fornitore **ABBVIE S.R.L.**

### ORDINA

la fornitura di **"Prodotti farmaceutici"** ai sensi e per gli effetti della Convenzione succitata e di tutte le disposizioni della medesima, secondo le modalità e per gli importi di seguito indicati.

A - Attivazione della fornitura in oggetto per 36 mesi circa a partire dal 01/10/2014

B – Referente dell'Unità richiedente alla Richiesta di consegna: indicato nei singoli ordinativi inviati

RAGIONE SOCIALE	LOTTO	CIG DERIVATO	PRINCIPIO ATIVO	NOME COMMERCIALE	F.F.	DOSAGGIO	PREZZO UNIT.	QT.	IMPONIBILE	IVA 10%	TOTALE
ABBVIE	1400 A	5942500222	ADALIMUMAB	HUMIRA in 2 penne preriempite Lista 4339	PENNA	0,8 ML (40 MG)	465,89	2560	€ 1.192.678,40	€ 119.267,84	€ 1.311.946,24
	1400 B	5942495DFE	ADALIMUMAB	HUMIRA in 2 siringhe preriempite Lista 3799	SIRINGA	0,8 ML (40 MG)	465,89	1600	€ 745.424,00	€ 74.542,40	€ 819.966,40
	1556 A	Z1710EBCAC	LEVOPUPVACAINA CLORIDRATO	CHIROCAINE 7,5 mg/ml Lista P224	FIALE	10 ML (7,5 MG/ML)	9,7	40	€ 388,00	€ 38,80	€ 426,80
	1716 A	591625366B	LEVODOPA/CARBIDOPA	DUODOPA 20 mg/ml + 5 mg/ml gel Lista W152	GEL INTENSINAL	20 MG + 5 MG	92,59714	400	€ 37.038,86	€ 3.703,89	€ 40.742,74

Centralino 040 3995 111  
Fax 040 399 7189

C.F. e P. IVA 00052420320

[www.ass1.sanita.fvg.it](http://www.ass1.sanita.fvg.it) 2

CASELLA AZIENDALE DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA: [Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it](mailto:Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it)

L'Ente destinatario della presente è dotato di una casella di posta certificata? Inviare l'informazione via e-mail al seguente indirizzo: [da@ass1.sanita.fvg.it](mailto:da@ass1.sanita.fvg.it)

	917 A	ZDC10B43 8A	PARACAL CITOLO	ZEMPLAR 1 mcg capsule molli Lista T007	CAPS ULE	1 MCG	3,055	5600	€ 17.108,00	€ 1.710,80	€ 18.818,80
<b>ABBVIE</b>									€ <b>1.992.637,26</b>	€ <b>199.263,73</b>	€ <b>2.191.900,98</b>
<b>Totale</b>											

Il contatto con il Fornitore dovrà avvenire con le modalità stabilite nello schema di convenzione.

Le Richieste di consegna verranno emesse via fax tramite ordinativi singoli emessi dall'Amministrazione Contraente.

Le fatture, salvo quanto diversamente comunicato, dovranno essere intestate a :

**A.S.S. n. 1 TRIESTINA**  
**VIA SAI 1-3**  
**34128 TRIESTE**  
**TEL: 040/399 1111**  
**FAX: 040/3995229**  
**C.F /P.Iva 00052420320**

**(togliere ciò che non serve)**

**Il Direttore della**  
**Il Responsabile della**  
**Il Responsabile della S.C.**  
**Il Responsabile della S.S.**  
**Il Titolare della Posizione Organizzativa**  
**Il Titolare di incarico di coordinamento**

**Struttura Complessa Programmazione e**  
**Controllo Acquisti**  
**dott.ssa Rosa Caramanoli**  
 - firmato digitalmente -

Centralino 040 3995 111  
 Fax 040 399 7189

C.F. e P. IVA 00052420320

[www.ass1.sanita.fvg.it](http://www.ass1.sanita.fvg.it) 3

CASELLA AZIENDALE DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA: [Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it](mailto:Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it)

L'Ente destinatario della presente è dotato di una casella di posta certificata? Inviare l'informazione via e-mail al seguente indirizzo: [da@ass1.sanita.fvg.it](mailto:da@ass1.sanita.fvg.it)

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI  
N° 1 – TRIESTINA**

Via Giovanni Sai, 1-3 - 34128 TRIESTE



Trieste, 03 dicembre 2014

**ACTELION  
PHARMACEUTICALS ITALIA  
SRL**

**VIA FIENO 3  
20123 MILANO MI  
tel: 0542 648711  
fax: 0542 648734**

**pec: actelion@pec.fastmail.it**

Prot. n. GEN. III. 6.

Servizio: S.C. Programmazione e Controllo Acquisti c/o Via del Farneto, 3 - 34142 TRIESTE

**Funzionario referente per quanto comunicato:**

Sara Leonardi

(nome e cognome)

e-mail: uap4@ass1.sanita.fvg.it

Tel./fax: 040 399 5062 - Fax 040 399 5229

Rif. nota: dd.

**OGGETTO: ACTELION PHARMACEUTICALS  
ITALIA SRL - Invio contratto  
derivato per la convenzione di  
cui alla gara DSC per la fornitura  
di "PRODOTTI FARMACEUTICI"  
(ID13FAR001)**

Con riferimento alla gara di cui in oggetto, si invia in allegato il contratto derivato, relativo ai prodotti aggiudicati alla vs. azienda

Cordiali saluti,

Centralino 040 3995 111  
Fax 040 399 7189

C.F. e P. IVA 00052420320

[www.ass1.sanita.fvg.it](http://www.ass1.sanita.fvg.it) 1

CASELLA AZIENDALE DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA: [Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it](mailto:Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it)

L'Ente destinatario della presente è dotato di una casella di posta certificata? Inviare l'informazione via e-mail al seguente indirizzo: [da@ass1.sanita.fvg.it](mailto:da@ass1.sanita.fvg.it)

## CONTRATTO DERIVATO

Ragione sociale:	ACTELION PHARMACEUTICALS ITALIA SRL
Indirizzo:	VIA FIENO 3
Città:	20123 MILANO (MI)
Telefono:	0542 648711
Fax:	0542 648734
Indirizzo PEC:	actelion@pec.fastmail.it
Partita IVA:	03237200963
N.della richiesta:	1/2014

La sottoscritta **Rosa Caramanoli** in qualità di **Responsabile della Struttura Complessa Programmazione e controllo Acquisti** e per conto dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 **Triestina**, Codice Fiscale/Partita Iva **00052420320** con sede in **Trieste Via Sai n. 1-3, CAP 34128** Tel **040/399 1111** Fax **040/399 5229**,

Vista la Convenzione per la fornitura di "**Prodotti farmaceutici**" (ID13FAR001) alle Aziende del Servizio Sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia, stipulata dal Dipartimento Servizi Condivisi con il Fornitore **ACTELION PHARMACEUTICALS ITALIA SRL**

### ORDINA

la fornitura di "**Prodotti farmaceutici**" ai sensi e per gli effetti della Convenzione succitata e di tutte le disposizioni della medesima, secondo le modalità e per gli importi di seguito indicati.

A - Attivazione della fornitura in oggetto per 36 mesi circa a partire dal 01/10/2014

B – Referente dell'Unità richiedente alla Richiesta di consegna: indicato nei singoli ordinativi inviati

RAGIONE SOCIALE	LOTTO	CIG DERIVATO	PRINCIPIO ATIVO	NOME COMMERCIALE	F.F.	DOSAGGIO	PREZZO UNIT.	QT.	IMPONIBILE	IVA 10%	TOTALE
ACTELION PHARMACEUTICALS ITALIA SRL	450 A	59196211 C9	BOSENTAN MONOIDRATO	TRACLEER 125 mg	COMPRESSE	125 MG	39,47089	24000	€ 947.301,36	€ 94.730,14	€ 1.042.031,50
	451 A	59196412 4A	BOSENTAN MONOIDRATO	TRACLEER 62,5 mg	COMPRESSE	62,5 MG	38,16446	4000	€ 152.657,84	€ 15.265,78	€ 167.923,62

Centralino 040 3995 111  
Fax 040 399 7189

C.F. e P. IVA 00052420320

[www.ass1.sanita.fvg.it](http://www.ass1.sanita.fvg.it) 2

CASELLA AZIENDALE DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA: [Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it](mailto:Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it)

L'Ente destinatario della presente è dotato di una casella di posta certificata? Inviare l'informazione via e-mail al seguente indirizzo: [da@ass1.sanita.fvg.it](mailto:da@ass1.sanita.fvg.it)

ACTELIO N PHARM ACEUTIC ALS ITALIA SRL Totale										€ 1.099.959, 20	€ 109.995, 92	€ 1.209.955, 12
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------------	---------------------	-----------------------

Il contatto con il Fornitore dovrà avvenire con le modalità stabilite nello schema di convenzione.

Le Richieste di consegna verranno emesse via fax tramite ordinativi singoli emessi dall'Amministrazione Contraente.

Le fatture, salvo quanto diversamente comunicato, dovranno essere intestate a :

**A.S.S. n. 1 TRIESTINA  
VIA SAI 1-3  
34128 TRIESTE  
TEL: 040/399 1111  
FAX: 040/3995229  
C.F /P.Iva 00052420320**

Si rende noto che, a seguito di quanto disposto dalla Legge Regionale FVG n.17 dd. 16 ottobre 2014 (pubblicata sul BUR n. 43 dd. 22/10/14), che disciplina il "Riordino dell'assetto istituzionale ed organizzativo del SSR e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria", a decorrere dall'1 gennaio 2015:

- l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 " Triestina " succede nell'intero patrimonio dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 " Triestina ", che viene contestualmente soppressa;
- all'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 "Triestina" sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi facenti capo all'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina".

**Pertanto, tutte le fatture emesse a seguito di ordini, ODA ed RDO MEPA, convenzioni, ecc. della cessata ASS1 Triestina, qualora la consegna della merce o l'effettuazione del servizio siano avvenuti successivamente al 01/01/2015, dovranno essere intestate al nuovo ente, i cui estremi di registrazione (denominazione completa, partita iva, sede legale, ecc) verranno resi noti sul sito internet aziendale [www.ass1.sanita.fvg.it](http://www.ass1.sanita.fvg.it), dal momento in cui saranno definiti.**

Per le consegne effettuate entro il 31/12/2014, la relativa fattura dovrà essere emessa entro il 31/12/2014 ed intestata all'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina".

Centralino 040 3995 111  
Fax 040 399 7189

C.F. e P. IVA 00052420320

[www.ass1.sanita.fvg.it](http://www.ass1.sanita.fvg.it) 3

CASELLA AZIENDALE DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA: [Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it](mailto:Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it)

L'Ente destinatario della presente è dotato di una casella di posta certificata? Inviare l'informazione via e-mail al seguente indirizzo: [da@ass1.sanita.fvg.it](mailto:da@ass1.sanita.fvg.it)

In conseguenza di tale cambiamento di ragione sociale ed ai sensi del vigente Codice della Privacy (Decreto Legislativo n. 196/2003), l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 "Triestina" subentra, altresì, nella titolarità dei dati personali già oggetto di trattamento da parte dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina", restando comunque invariate finalità e modalità del trattamento ai sensi della informativa già comunicata.

**A seguito del suindicato cambiamento, dalla data del 01 gennaio 2015 risulta operativa la sola "Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 "Triestina" alla quale occorrerà fare riferimento per qualsiasi rapporto commerciale, anche se sorto precedentemente a tale data.**

Distinti saluti,

**Il Responsabile della  
Struttura Complessa Programmazione e  
Controllo Acquisti  
dott.ssa Rosa Caramanoli**  
- firmato digitalmente -

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI  
N° 1 – TRIESTINA**

Via Giovanni Sai, 1-3 - 34128 TRIESTE



Trieste, 03 dicembre 2014

**AMGEN DOMPE' S.P.A.**  
**VIA E. TAZZOLI, 6**  
**20154 MILANO MI**  
**tel: 800/784858**  
**fax: 800 784867-022900596**  
**pec: amgen.gare@legalmail.it**

**Prot. n.** GEN. III. 6

---

**Servizio:** S.C Programmazione e Controllo Acquisti - Via del Farneto, 3 - 34142 TRIESTE

---

**Funzionario referente per quanto comunicato:**  
dott. Stefano Orlandini  
(nome e cognome)

---

**e-mail:** stefano.orlandini@ass1.sanita.fvg.it

---

**Tel./fax:** 040 399 5030 - FAX 040 399 5229

---

**Rif. nota:** dd.

---

**OGGETTO: AMGEN DOMPE' S.P.A. - Invio contratto derivato per la convenzione di cui alla gara DSC per la fornitura di "PRODOTTI FARMACEUTICI" (ID13FAR001)**

Con riferimento alla gara di cui in oggetto, si invia in allegato il contratto derivato, relativo ai prodotti aggiudicati alla vs. azienda

Cordiali saluti,

**Il Responsabile della  
Struttura Complessa Programmazione e  
Controllo Acquisti  
dott.ssa Rosa Caramanoli**  
- firmato digitalmente -

Centralino 040 3995 111  
Fax 040 399 7189

C.F. e P. IVA 00052420320

[www.ass1.sanita.fvg.it](http://www.ass1.sanita.fvg.it)

1

CASELLA AZIENDALE DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA: [Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it](mailto:Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it)

L'Ente destinatario della presente è dotato di una casella di posta certificata? Inviare l'informazione via e-mail al seguente indirizzo: [da@ass1.sanita.fvg.it](mailto:da@ass1.sanita.fvg.it)

## CONTRATTO DERIVATO

Ragione sociale:	AMGEN DOMPE' S.P.A.
Indirizzo:	VIA E. TAZZOLI, 6
Città:	20154 MILANO (MI)
Telefono:	800/784858
Fax:	800 784867-022900596
Indirizzo PEC:	amgen.gare@legalmail.it
Partita IVA:	10051170156
N.della richiesta:	1/2014

La sottoscritta **Rosa Caramanoli** in qualità di **Responsabile della Struttura Complessa Programmazione e controllo Acquisti** e per conto dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 **Triestina**, Codice Fiscale/Partita Iva **00052420320** con sede in **Trieste Via Sai n. 1-3, CAP 34128** Tel **040/399 1111** Fax **040/399 5229**,

Vista la Convenzione per la fornitura di "Prodotti farmaceutici" (ID13FAR001) alle Aziende del Servizio Sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia, stipulata dal Dipartimento Servizi Condivisi con il Fornitore **AMGEN DOMPE' S.P.A.**

### ORDINA

la fornitura di "Prodotti farmaceutici" ai sensi e per gli effetti della Convenzione succitata e di tutte le disposizioni della medesima, secondo le modalità e per gli importi di seguito indicati.

A - Attivazione della fornitura in oggetto per 36 mesi circa a partire dal 01/10/2014

B – Referente dell'Unità richiedente alla Richiesta di consegna: indicato nei singoli ordinativi inviati

RAGIONE SOCIALE	LOTTO	CIG DERIVATO	PRINCIPIO ATIVO	NOME COMMERCIALE	F.F.	DOSAGGIO	PREZZO UNIT.	QT.	IMPONIBILE	IVA 10%	TOTALE
AMGEN	1277 A	Z7910D58 B4	PANITUMU MAB	VECTIBIX 1 FLAC 100 MG/5 ML	FIALE	100 MG	383,56	8	€ 3.068,48	€ 306,85	€ 3.375,33
	1278 A	59419561 36	PANITUMU MAB	VECTIBIX 1 FLAC 400 MG/20 ML	FIALE	400 MG	1534,25	40	€ 61.370,00	€ 6.137,00	€ 67.507,00
	1350 A	59422693 81	PEGFILGRA STIM	NEULASTA 1 SIR 6 MG	FIALE	6 MG	585	1200	€ 702.000,00	€ 70.200,00	€ 772.200,00
	1510 A	Z7910E87 AB	DENOSUM AB	XGEVA 1 FLAC 120 MG	FIALE	120 MG	205,003	96	€ 19.680,29	€ 1.968,03	€ 21.648,32
	1511 A	Z3710EA2 00	DENOSUM AB	PROLIA 1 SIR 60 MG	SIRINGA	60 MG 1ML	174,56	160	€ 27.929,60	€ 2.792,96	€ 30.722,56

Centralino 040 3995 111  
Fax 040 399 7189

C.F. e P. IVA 00052420320

[www.ass1.sanita.fvg.it](http://www.ass1.sanita.fvg.it) 2

CASELLA AZIENDALE DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA: [Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it](mailto:Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it)

L'Ente destinatario della presente è dotato di una casella di posta certificata? Inviare l'informazione via e-mail al seguente indirizzo: [da@ass1.sanita.fvg.it](mailto:da@ass1.sanita.fvg.it)

	350 A	59202118 A9	DARBEPOE TINA ALFA	ARANESP 1 SIRINGA 10 MCG	FIALE	Tutti i dosaggi	1,2	14400 00	€ 1.728.000, 00	€ 172.800, 00	€ 1.900.800, 00
<b>AMGEN Totale</b>									€ 2.542.048, 37	€ 254.204, 84	€ 2.796.253, 21

Il contatto con il Fornitore dovrà avvenire con le modalità stabilite nello schema di convenzione.

Le Richieste di consegna verranno emesse via fax tramite ordinativi singoli emessi dall'Amministrazione Contraente.

Le fatture, salvo quanto diversamente comunicato, dovranno essere intestate a :

**A.S.S. n. 1 TRIESTINA**  
**VIA SAI 1-3**  
**34128 TRIESTE**  
**TEL: 040/399 1111**  
**FAX: 040/3995229**  
**C.F /P.Iva 00052420320**

Si rende noto che, a seguito di quanto disposto dalla Legge Regionale FVG n.17 dd. 16 ottobre 2014 (pubblicata sul BUR n. 43 dd. 22/10/14), che disciplina il "Riordino dell'assetto istituzionale ed organizzativo del SSR e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria", **a decorrere dall'1 gennaio 2015:**

- l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 "Triestina" succede nell'intero patrimonio dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina", che viene contestualmente soppressa;
- all'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 "Triestina" sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi facenti capo all'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina".

**Pertanto, tutte le fatture emesse a seguito di ordini, ODA ed RDO MEPA, convenzioni, ecc. della cessata ASS1 Triestina, qualora la consegna della merce o l'effettuazione del servizio siano avvenuti successivamente al 01/01/2015, dovranno essere intestate al nuovo ente, i cui estremi di registrazione (denominazione completa, partita iva, sede legale, ecc) verranno resi noti sul sito internet aziendale [www.ass1.sanita.fvg.it](http://www.ass1.sanita.fvg.it), dal momento in cui saranno definiti.**

Per le consegne effettuate entro il 31/12/2014, la relativa fattura dovrà essere emessa entro il 31/12/2014 ed intestata all'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina".

In conseguenza di tale cambiamento di ragione sociale ed ai sensi del vigente Codice della

Privacy (Decreto Legislativo n. 196/2003), l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 "Triestina" subentra, altresì, nella titolarità dei dati personali già oggetto di trattamento da parte dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina", restando comunque invariate finalità e modalità del trattamento ai sensi della informativa già comunicata.

**A seguito del suindicato cambiamento, dalla data del 01 gennaio 2015 risulta operativa la sola "Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 "Triestina" alla quale occorrerà fare riferimento per qualsiasi rapporto commerciale, anche se sorto precedentemente a tale data.**

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI  
N° 1 – TRIESTINA**

Via Giovanni Sai, 1-3 - 34128 TRIESTE



Trieste, 26 gennaio 2017

**NOVARTIS FARMA S.P.A.  
LARGO UMBERTO BOCCIONI, 1  
21040 ORIGGIO VA  
tel: 02 96542751  
fax: 02 96542280-9655485  
pec: novartisfarma@legalmail.it**

**Prot. n.**

---

**Servizio:**

S.C. Programmazione e Controllo Acquisti  
Via del Farneto 3 - 34124 Trieste

---

**Funzionario referente per quanto comunicato:**

Davide Fifaco

(nome e cognome)

---

**e-mail:** uap4@ass1.sanita.fvg.it

---

**Tel.** 040/3995062 Fax: 040/3995195

---

**Rif. nota:** dd.

---

**Oggetto:** **NOVARTIS FARMA S.P.A. - Invio contratto derivato per la convenzione di cui alla gara DSC per la fornitura di "PRODOTTI FARMACEUTICI" (ID13FAR001)**

Con riferimento alla gara di cui in oggetto, si invia in allegato il contratto derivato, relativo ai prodotti aggiudicati alla vs. azienda

Cordiali saluti,

**Il Responsabile della  
Struttura Complessa Programmazione e  
Controllo Acquisti  
dott.ssa Rosa Caramanoli  
- firmato digitalmente -**

Centralino 040 3995 111  
Fax 040 399 7189

C.F. e P. IVA 00052420320

[www.ass1.sanita.fvg.it](http://www.ass1.sanita.fvg.it)

1

CASELLA AZIENDALE DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA: [Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it](mailto:Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it)

L'Ente destinatario della presente è dotato di una casella di posta certificata? Inviare l'informazione via e-mail al seguente indirizzo: [da@ass1.sanita.fvg.it](mailto:da@ass1.sanita.fvg.it)

## CONTRATTO DERIVATO

Ragione sociale:	<b>NOVARTIS FARMA S.P.A.</b>
Indirizzo:	<b>LARGO UMBERTO BOCCIONI, 1</b>
Città:	<b>21040 ORIGGIO (VA)</b>
Telefono:	<b>02 96542751</b>
Fax:	<b>02 96542280-9655485</b>
Indirizzo PEC:	<b>novartisfarma@legalmail.it</b>
Partita IVA:	<b>02385200122</b>
N.della richiesta:	<b>1/2014</b>

La sottoscritta **Rosa Caramanoli** in qualità di **Responsabile** della **Struttura Complessa Programmazione e controllo Acquisti** e per conto dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 **Triestina**, Codice Fiscale/Partita Iva **00052420320** con sede in **Trieste Via Sai n. 1-3, CAP 34128** Tel **040/399 1111** Fax **040/399 5229**,

Vista la Convenzione per la fornitura di "**Prodotti farmaceutici**" (**ID13FAR001**) alle Aziende del Servizio Sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia, stipulata dal Dipartimento Servizi Condivisi con il Fornitore **NOVARTIS FARMA S.P.A.**

### ORDINA

la fornitura di "**Prodotti farmaceutici**" ai sensi e per gli effetti della Convenzione succitata e di tutte le disposizioni della medesima, secondo le modalità e per gli importi di seguito indicati.

A - Attivazione della fornitura in oggetto per 36 mesi circa a partire dal 01/10/2014

B – Referente dell'Unità richiedente alla Richiesta di consegna: indicato nei singoli ordinativi inviati

RAGIONE SOCIALE	LOTTO	CIG DERIVATO	PRINCIPIO ATIVO	NOME COMMERCIALE	F.F.	DOSAGGIO	PREZZO UNIT.	QT.	IMPONIBILE	IVA 10%	TOTALE
NOVARTIS FARMA SPA	1365 A	ZD310E0503	INTERFERONE BETA 1B	EXTAVIA 250mcg/ml pol. e solv. per soluzione iniettabile	FIALE	250 MCG/ML	28,89	360	€ 10.400,40	€ 1.040,04	€ 11.440,44
	1382 A	Z2810E350C	MICOFENOLATO	MYFORTIC 180mg compresse gastroresistenti	COMPRESSE	180 MG	0,95422	8800	€ 8.397,14	€ 839,71	€ 9.236,85
	1383 A	5942311629	MICOFENOLATO	MYFORTIC 360 mg compresse gastroresistenti	COMPRESSE	360 MG	1,90845	6400	€ 122.140,80	€ 12.214,08	€ 134.354,88

Centralino 040 3995 111  
Fax 040 399 7189

C.F. e P. IVA 00052420320

[www.ass1.sanita.fvg.it](http://www.ass1.sanita.fvg.it) 2

CASELLA AZIENDALE DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA: [Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it](mailto:Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it)

L'Ente destinatario della presente è dotato di una casella di posta certificata? Inviare l'informazione via e-mail al seguente indirizzo: [da@ass1.sanita.fvg.it](mailto:da@ass1.sanita.fvg.it)

1389 A	5942322F 3A	EVEROLIM US	CERTICAN 0,25 mg compresse	COMP RESSE	0,25 MG	1,82087	6800 0	€ 123.819,16	€ 12.381,92	€ 136.201,08
1390 A	5942336A C9	EVEROLIM US	CERTICAN 0,75 mg compresse	COMP RESSE	0,75 MG	5,46252	5120 0	€ 279.681,02	€ 27.968,10	€ 307.649,13
1478 A	ZD610E85 48	BACLOFEN E	LIORESAL 25 mg compresse	COMP RESSE	25 MG	0,0866	3840 0	€ 3.325,44	€ 332,54	€ 3.657,98
159 A	59194694 59	VILDAGLIP TIN/METF ORMINA	EUCREAS 50mg/1000m g compresse rivestite con film	COMP RESSE	50 + 1000 MG	0,67449	4800 0	€ 32.375,52	€ 3.237,55	€ 35.613,07
160 A	Z9B10B78 9D	VILDAGLIP TIN/METF ORMINA	EUCREAS 50mg/850mg compresse rivestite con film	COMP RESSE	50 + 850 MG	0,67449	1920 0	€ 12.950,21	€ 1.295,02	€ 14.245,23
1664 A	ZF810F4E 9E	CARBAMA ZEPINA	TEGRETOL 400 mg compresse a rilascio modificato	COMP RESSE	400 MG R.P.	0,098	9600	€ 940,80	€ 94,08	€ 1.034,88
1665 A	Z6010F4E D4	CARBAMA ZEPINA	TEGRETOL Bambini 20mg/ml sciroppo	SCIRO PPO	250 ML (20 MG/ML)	2,7048	24	€ 64,92	€ 6,49	€ 71,41
1666 A	ZC410F4F 4F	CARBAMA ZEPINA	TEGRETOL 200 mg compresse a rilascio modificato	COMP RESSE	200 MG R.P.	0,06197	9200	€ 570,12	€ 57,01	€ 627,14
1667 A	ZF710FA4 A1	OXCARBAZ EPINA	TOLEP 300 mg compresse	COMP RESSE	300 MG	0,1311	8000	€ 1.048,80	€ 104,88	€ 1.153,68
171 A	ZA710B78 E8	VILDAGLIP TIN	GALVUS 50 mg compresse	COMP RESSE	50 MG	0,67447	1600 0	€ 10.791,52	€ 1.079,15	€ 11.870,67
1718 A	59167901 92	LEVODOPA /CARBIDO PA/ENTAC APONE	STALEVO 100mg/25mg /200mg rivestite con film	COMP RESSE	100 MG/25 MG/200 MG	0,66785	1920 00	€ 128.227,20	€ 12.822,72	€ 141.049,92
1719 A	5916841B A5	LEVODOPA /CARBIDO PA/ENTAC APONE	STALEVO 150mg/37,5m g/200mg rivestite con film	COMP RESSE	150 MG/37,5 MG/200 MG	0,66785	6080 0	€ 40.605,28	€ 4.060,53	€ 44.665,81
1720 A	ZA610FB1 1D	LEVODOPA /CARBIDO PA/ENTAC APONE	STALEVO 50mg/12,5mg /200 mg rivestite con film	COMP RESSE	50 MG/12,5 MG/200 MG	0,66785	1360 0	€ 9.082,76	€ 908,28	€ 9.991,04
1721 A	ZC710FB1 2F	LEVODOPA /CARBIDO PA/ENTAC APONE	STALEVO 75mg/18,75m g/200 mg rivestite con film	COMP RESSE	75 MG/18,7 5 MG/200 MG	0,66785	3600 0	€ 24.042,60	€ 2.404,26	€ 26.446,86

	1722 A	ZE810FB141	LEVODOPA /CARBIDOPA/ENTACAPONE	STALEVO 125mg/31,25 mg/200mg rivestite con film	COMPRESSE	125 MG/31,25 MG/200 MG	0,66785	30400	€ 20.302,64	€ 2.030,26	€ 22.332,90
	1723 A	ZOE10FB153	LEVODOPA /CARBIDOPA/ENTACAPONE	STALEVO 200mg/50mg /200mg rivestite con film	COMPRESSE	200 MG/50 MG/200 MG	0,66785	9600	€ 6.411,36	€ 641,14	€ 7.052,50
	1746 A	Z3E10FB184	ENTACAPONE	COMTAN 200mg compresse rivestite con film	COMPRESSE	200 MG	0,66783	3600	€ 2.404,19	€ 240,42	€ 2.644,61
	1962 A	ZA610FFE92	RIVASTIGMINA	EXELON 4,6mg/24 ore cerotto transdermico	CEROTTI	4,6 MG/24 H	2,07592	9600	€ 19.928,83	€ 1.992,88	€ 21.921,72
	1963 A	ZDD10FFE80	RIVASTIGMINA	EXELON 9,5mg/24 ore cerotto transdermico	CEROTTI	9,5 MG/24 H	2,07592	3200	€ 6.642,94	€ 664,29	€ 7.307,24
	1976 A	ZAD10FFF7A	PILOCARPINA CLORIDRATO	SALAGEN 5mg compresse rivestite con film	COMPRESSE	5 MG	0,01076	7200	€ 77,47	€ 7,75	€ 85,22
	2220 A	Z4A10C9E7E	DEFEROXAMINA MESILATO	DESFERAL 500mg/5ml polv e sol per soluzione	FIALE	500 MG	2,4735	2400	€ 5.936,40	€ 593,64	€ 6.530,04
	2222 A	Z2F10C9E14	DEFERASIROX	EXJADE 125mg compresse dispersibili	COMPRESSE	125 MG	5,5575	720	€ 4.001,40	€ 400,14	€ 4.401,54
	2224 A	591929980E	DEFERASIROX	EXJADE 500mg compresse dispersibili	COMPRESSE	500 MG	22,23	13600	€ 302.328,00	€ 30.232,80	€ 332.560,80
	410 A	ZB910BA3FF	NITROGLICERINA	NITRODERM TTS 10mg/die cerotto transdermico	CEROTTI	10 MG/24 H	0,00001	124000	€ 1,24	€ 0,12	€ 1,36
	412 A	Z5810BA93A	NITROGLICERINA	NITRODERM TTS 5 mg/die cerotto transdermico	CEROTTI	5 MG/24 H	0,00001	60000	€ 0,60	€ 0,06	€ 0,66
	455 A	ZED10BB3F9	IDROCLOROTIAZIDE	ESIDREX 25mg compresse	COMPRESSE	25 MG	0,05298	14400	€ 762,91	€ 76,29	€ 839,20
	593 A	Z6E10BCA9C	VALSARTAN	TAREG 160 mg compresse rivestite con film	CAPSULE	160 MG	0,00001	4800	€ 0,05	€ 0,00	€ 0,05

	594 A	Z9A10BCA B4	VALSARTA N	TAREG 80 mg comprese rivestite con film	CAPSU LE	80 MG	0,00001	8000	€ 0,08	€ 0,01	€ 0,09
	860 A	Z9A10B31 C0	OCTREOTI DE ACETATO	SANDOSTATI NA LAR 10mg/2,5 ml polv. e solv. per sosp.iniett.	FIALE	2,5 ML (4 MG/ML) LENTO RILASCIO	326,09	60	€ 19.565,40	€ 1.956,54	€ 21.521,94
	862 A	5916046B 97	OCTREOTI DE ACETATO	SANDOSTATI NA LAR 30mg/2,5 ml polv. e solv. per sosp.iniett.	FIALE	2,5 ML (12 MG/ML) LENTO RILASCIO	730,39	400, 8	€ 292.740,31	€ 29.274,03	€ 322.014,34
NOVART IS FARMA SPA Totale									€ 1.489.567,5 2	€ 148.956,75	€ 1.638.524, 27

Il contatto con il Fornitore dovrà avvenire con le modalità stabilite nello schema di convenzione.

Le Richieste di consegna verranno emesse via fax tramite ordinativi singoli emessi dall'Amministrazione Contraente.

Le fatture, salvo quanto diversamente comunicato, dovranno essere intestate a :

**A.S.S. n. 1 TRIESTINA**  
**VIA SAI 1-3**  
**34128 TRIESTE**  
**TEL: 040/399 1111**  
**FAX: 040/3995229**  
**C.F /P.Iva 00052420320**

Si rende noto che, a seguito di quanto disposto dalla Legge Regionale FVG n.17 dd. 16 ottobre 2014 (pubblicata sul BUR n. 43 dd. 22/10/14), che disciplina il "Riordino dell'assetto istituzionale ed organizzativo del SSR e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria", a decorrere dall'1 gennaio 2015:

- l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 " Triestina " succede nell'intero patrimonio dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 " Triestina ", che viene contestualmente soppressa;
- all'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 "Triestina" sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi facenti capo all'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina".

**Pertanto, tutte le fatture emesse a seguito di ordini, ODA ed RDO MEPA, convenzioni, ecc.**

Centralino 040 3995 111  
Fax 040 399 7189

C.F. e P. IVA 00052420320

[www.ass1.sanita.fvg.it](http://www.ass1.sanita.fvg.it) 5

CASELLA AZIENDALE DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA: [Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it](mailto:Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it)

L'Ente destinatario della presente è dotato di una casella di posta certificata? Inviare l'informazione via e-mail al seguente indirizzo: [da@ass1.sanita.fvg.it](mailto:da@ass1.sanita.fvg.it)

**della cessata ASS1 Triestina, qualora la consegna della merce o l'effettuazione del servizio siano avvenuti successivamente al 01/01/2015, dovranno essere intestate al nuovo ente, i cui estremi di registrazione (denominazione completa, partita iva, sede legale, ecc) verranno resi noti sul sito internet aziendale [www.ass1.sanita.fvg.it](http://www.ass1.sanita.fvg.it), dal momento in cui saranno definiti.**

Per le consegne effettuate entro il 31/12/2014, la relativa fattura dovrà essere emessa entro il 31/12/2014 ed intestata all'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina".

In conseguenza di tale cambiamento di ragione sociale ed ai sensi del vigente Codice della Privacy (Decreto Legislativo n. 196/2003), l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 "Triestina" subentra, altresì, nella titolarità dei dati personali già oggetto di trattamento da parte dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina", restando comunque invariate finalità e modalità del trattamento ai sensi della informativa già comunicata.

**A seguito del suindicato cambiamento, dalla data del 01 gennaio 2015 risulta operativa la sola "Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 "Triestina" alla quale occorrerà fare riferimento per qualsiasi rapporto commerciale, anche se sorto precedentemente a tale data.**

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI**

**N° 1 – TRIESTINA**

Via Giovanni Sai, 1-3 - 34128 TRIESTE



Trieste, 24 dicembre 2014

<COGNOME \\* Upper>  
<INDIRIZZO \\* Upper>  
<"CAP"> <"DESC\_COMUNE">  
<"PROV\_COMUNE">  
tel: <"TELEFONO">  
fax: <"FAX">  
pec: <"PEC">

Prot. n. \_\_\_\_\_

Servizio:

S.C. Programmazione e Controllo Acquisti  
Via del Farneto 3 - 34124 Trieste

Funzionario referente per quanto comunicato:

Davide Fifaco

(nome e cognome)

e-mail: uap4@ass1.sanita.fvg.it

Tel. 040/3995062 Fax: 040/3995195

Rif. nota: dd. \_\_\_\_\_

Oggetto: <"COGNOME"> - Invio contratto derivato per la convenzione di cui alla gara DSC per la fornitura di "PRODOTTI FARMACEUTICI" (ID13FAR001)

Con riferimento alla gara di cui in oggetto, si invia in allegato il contratto derivato, relativo ai prodotti aggiudicati alla vs. azienda

Cordiali saluti,

**Il Responsabile della**

Centralino 040 3995 111  
Fax 040 399 7189

C.F. e P. IVA 00052420320

[www.ass1.sanita.fvg.it](http://www.ass1.sanita.fvg.it)

CASELLA AZIENDALE DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA: [Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it](mailto:Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it)

-----  
L' Ente destinatario della presente è dotato di una casella di posta certificata? Inviare l'informazione via e-mail al seguente indirizzo: [da@ass1.sanita.fvg.it](mailto:da@ass1.sanita.fvg.it)

**Struttura Complessa Programmazione e  
Controllo Acquisti**  
**dott.ssa Rosa Caramanoli**  
- firmato digitalmente -

## CONTRATTO DERIVATO

Ragione sociale:	<COGNOME \* Upper>
Indirizzo:	<INDIRIZZO \* Upper>
Città:	<"CAP"> <DESC_COMUNE \* Upper> (<"PROV_COMUNE">)
Telefono:	<"TELEFONO">
Fax:	<"FAX">
Indirizzo PEC:	<"PEC">
Partita IVA:	<"PARTITA_IVA">
N.della richiesta:	<b>1/2014</b>

La sottoscritta in qualità di **della Struttura Complessa Programmazione e controllo Acquisti** e per conto **dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 Triestina**, Codice Fiscale/Partita Iva **00052420320** con sede in **Trieste Via Sai n. 1-3, CAP 34128** Tel **040/399 1111** Fax **040/399 5229**,

Vista la Convenzione per la fornitura di **"Prodotti farmaceutici"** (ID13FAR001) alle Aziende del Servizio Sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia, stipulata dal Dipartimento Servizi Condivisi con il Fornitore <"COGNOME">

### ORDINA

la fornitura di **"Prodotti farmaceutici"** ai sensi e per gli effetti della Convenzione succitata e di tutte le disposizioni della medesima, secondo le modalità e per gli importi di seguito indicati.

A - Attivazione della fornitura in oggetto per 36 mesi circa a partire dal 01/10/2014

B – Referente dell'Unità richiedente alla Richiesta di consegna: indicato nei singoli ordinativi inviati

RAGIONE SOCIALE	LOTTO	CIG DERIVATO	PRINCIPIO ATIVO	NOME COMMERCIALE	F.F.	DOSAGGIO	PREZZO UNIT.	QT.	IMPONIBILE	IVA 10%	TOTALE
PFIZER ITALIA	1036 A	Z1010B5421	LINEZOLID	ZYVOXID 10 cpr 600 mg	COMPRESE	600 MG	55,395	320	€ 17.726,40	€ 1.772,64	€ 19.499,04
	1042 A	ZB810B544F	FLUCONAZOLO	DIFLUCAN 10 CPS X 100 MG	CAPSULE	100 MG	0,00001	200	€ 0,02	€ 0,00	€ 0,02
	1043 A	Z9810B5482	FLUCONAZOLO	DIFLUCAN 2 CPS X 150 MG	CAPSULE	150 MG	0,07	16	€ 1,12	€ 0,11	€ 1,23
	1052	Z5F10B5	VORICON	VFEND - 28	COM	200 MG	37,7692	480	€	€	€

Centralino 040 3995 111  
Fax 040 399 7189

C.F. e P. IVA 00052420320

[www.ass1.sanita.fvg.it](http://www.ass1.sanita.fvg.it)

CASELLA AZIENDALE DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA: [Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it](mailto:Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it)

L'Ente destinatario della presente è dotato di una casella di posta certificata? Inviatela l'informazione via e-mail al seguente indirizzo: [da@ass1.sanita.fvg.it](mailto:da@ass1.sanita.fvg.it)

	A	5D0	AZOLO	CPR X 200 MG	PRES SE		8		18.129,25	1.812,93	19.942,18
	1053 A	ZAD10B 563F	VORICON AZOLO	VFEND - 28 CPR X 50 MG	COM PRES SE	50 MG	9,44214	80	€ 755,37	€ 75,54	€ 830,91
	1192 B	ZE910B8 0E4	METOTR EXATO	METHOTRE XATE 500 MG	FIAL E	500 MG	9,93	8	€ 79,44	€ 7,94	€ 87,38
	1291 A	5941960 482	SUNITINI B MALEATO	SUTENT 25 MG 30 CPS	CAPS ULE	25 MG	85	480	€ 40.800,00	€ 4.080,00	€ 44.880,00
	1323 A	ZCD10D F2BA	MEDROS SIPROGESTERONE ACETATO	FARLUTAL 30 cps 500 mg	COM PRES SE	500 MG	1,48367	72	€ 106,82	€ 10,68	€ 117,51
	1343 A	Z8510DF 5DF	EXEMEST AN	AROMASIN 30 cpr 25 mg	COM PRES SE	25 MG	0,1398	200	€ 279,60	€ 27,96	€ 307,56
	1384 A	ZF810E3 539	SIROLIM US	RAPAMUNE 1 mg	COM PRES SE	1 MG	3,5194	800	€ 28.155,20	€ 2.815,52	€ 30.970,72
	1386 A	Z7310E3 5A7	SIROLIM US	RAPAMUNE 60 ml	GOC CE	60 ML (1 MG/ML)	211,17	24	€ 5.068,08	€ 506,81	€ 5.574,89
	1397 A	5942347 3DF	ETANER CEPT	ENBREL 50 MG	FIAL E	50 MG	239,39	104	€ 248.965,60	€ 24.896,56	€ 273.862,16
	1397 B	5942343 093	ETANER CEPT	ENBREL 50 mg Penna priempita	PENN A	50 MG	239,39	480	€ 1.149.072,00	€ 114.907,20	€ 1.263.979,20
	1398 B	5942356 B4A	ETANER CEPT	ENBREL 25 MG	SIRIN GA PRER IEMPI TA	25 MG	119,6975	120	€ 143.637,00	€ 14.363,70	€ 158.000,70
	1442 A	Z8010E8 2B1	PIROXIC AM	FELDENE FIALE IM X 20 MG	FIAL E	20 MG	0,1	280	€ 280,00	€ 28,00	€ 308,00
	1658 A	Z9A10F4 5F3	ETOSUC CIMIDE	ZARONTIN SOSP.ORALE FL 200 ML	SCIR OPP O	250 ML (50 MG/ML)	2,48182	24	€ 59,56	€ 5,96	€ 65,52
	1695 A	Z2B10FA 683	PREGAB ALIN	LYRICA 150 mg x 56 cps	CAPS ULE	150 MG	0,90247	184	€ 16.605,45	€ 1.660,54	€ 18.265,99
	1699 A	ZE510FA 6A4	PREGAB ALIN	LYRICA 75 mg x 56 cps	CAPS ULE	75 MG	0,60461	432	€ 26.119,15	€ 2.611,92	€ 28.731,07
	1856 A	Z7510FE C76	LORAZEP AM	TAVOR 1,0 mg	COM PRES	1 MG	0,00001	232	€ 2,32	€ 0,23	€ 0,23

					SE						2,55
1857 A	Z8F10FE C9B	LORAZEP AM	TAVOR 2,5 mg	COM PRES SE	2,5 MG	0,00001	464 000	€ 4,64	€ 0,46	€ 5,10	
1867 A	Z7510FE E6C	ALPRAZ OLAM	XANAX 0.50 MG 20 CPR DIV.	COM PRES SE	0,5 MG	0,00001	240 000	€ 2,40	€ 0,24	€ 2,64	
1881 A	Z2510FE F69	TRIAZOL AM	HALCION blister 20 cpr 0,25 mg	COM PRES SE	0,25 MG	0,00001	400 000	€ 4,00	€ 0,40	€ 4,40	
1908 A	Z6E10FF A43	SERTRAL INA CLORIDR ATO	ZOLOFT - 30 CPR DIV X 50 MG	CAPS ULE/ COM PRES SE	50 MG	0,00001	280 000	€ 2,80	€ 0,28	€ 3,08	
1931 A	Z9E10FF B6F	VENLAFA XINA CLORIDR ATO	EFEXOR 75 mg 14 cps	CAPS ULE	75 MG R.P.	0,00001	680 00	€ 0,68	€ 0,07	€ 0,75	
1934 A	ZEF10FF BB2	VENLAFA XINA CLORIDR ATO	EFEXOR 150 mg 10 cps	CAPS ULE	150 MG R.P.	0,00001	296 00	€ 0,30	€ 0,03	€ 0,33	
446 A	Z9C10B B0C5	DOXAZO SIN MESILAT O	CARDURA 30 CPR X 4 MG	COM PRES SE	4 MG	0,00001	168 00	€ 0,17	€ 0,02	€ 0,18	
528 A	Z8310BC 190	AMLODIP INA	NORVASC 10 X 14 CPR	COM PRES SE	10 MG	0,00001	800 00	€ 0,80	€ 0,08	€ 0,88	
529 A	Z7510BC 1B6	AMLODIP INA	NORVASC - 28 cpr x 5 mg	COM PRES SE	5 MG	0,00001	600 00	€ 0,60	€ 0,06	€ 0,66	
638 A	Z3010BC B8C	ATORVA STATINA CALCIO TRIIDRAT O	TORVAST 20 - 30 CPR X 20 MG	COM PRES SE	20 MG	0,00001	224 00	€ 0,22	€ 0,02	€ 0,25	
766 A	Z5B10C9 654	CABERG OLINA	DOSTINEX 8 cpr 0,5 mg	COM PRES SE	0,5 MG	0,2085	80	€ 16,68	€ 1,67	€ 18,35	
826 A	5915382 7A5	SILDENA FIL CITRATO	REVATIO 20 mg	COM PRES SE	20 MG	4,6	192 00	€ 88.320,00	€ 8.832,00	€ 97.152,00	
841 A	5915553 4C3	PEGVISO MANT	SOMAVERT 10 mg 30 flaconcini(p	FIAL E	10 MG	63,1519 7	880	€ 55.573,73	€ 5.557,37	€ 61.131,11	

Centralino 040 3995 111  
Fax 040 399 7189

C.F. e P. IVA 00052420320

[www.ass1.sanita.fvg.it](http://www.ass1.sanita.fvg.it)

CASELLA AZIENDALE DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA: [Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it](mailto:Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it)

L' Ente destinatario della presente è dotato di una casella di posta certificata? Inviare l'informazione via e-mail al seguente indirizzo: [da@ass1.sanita.fvg.it](mailto:da@ass1.sanita.fvg.it)

				egvis								
	843 A	5915862 3C2	PEGVISO MANT	SOMAVERT 20 mg 30 flaconcini (pegvi	FIAL E	20 MG	126,303 9	172 0	€ 217.242,78	€ 21.724,28	€ 238.967,0 5	
	878 A	Z5D10B4 1AA	METILPR EDNISOL ONE	MEDROL 16 MG 20 CPR DIV.	COM PRES SE	16 MG	0,13386	800 0	€ 1.070,88	€ 107,09	€ 1.177,97	
	879 A	ZB110B4 1C1	METILPR EDNISOL ONE	MEDROL 4 MG 30 CPR DIV. BLS	COM PRES SE	4 MG	0,0049	120 0	€ 5,88	€ 0,59	€ 6,47	
	880 A	ZE110B4 1F2	METILPR EDNISOL ONE	SOLU MEDROL 1000 MG FLAC. EV	FIAL E	1 G + F 16 ML	16,1545 4		€ 1.292,36	€ 129,24	€ 1.421,60	
	884 A	Z1D10B4 210	METILPR EDNISOL ONE	SOLU MEDROL FLAC. EV 500 MG	FIAL E	500 MG + F 8 ML	8,07727	16	€ 129,24	€ 12,92	€ 142,16	
	920 A	Z4010B4 3A7	DOXICICL INA ICLATO	BASSADO 10 cpr 100 mg	COM PRES SE	100 MG	0,1144	324 0	€ 370,66	€ 37,07	€ 407,72	
<b>PFIZER ITALIA Totale</b>									€ 2.059.881, 21	€ 205.988,1 2	€ 2.265.869, 33	

Il contatto con il Fornitore dovrà avvenire con le modalità stabilite nello schema di convenzione.

Le Richieste di consegna verranno emesse via fax tramite ordinativi singoli emessi dall'Amministrazione Contraente.

Le fatture, salvo quanto diversamente comunicato, dovranno essere intestate a :

**A.S.S. n. 1 TRIESTINA  
VIA SAI 1-3  
34128 TRIESTE  
TEL: 040/399 1111  
FAX: 040/3995229  
C.F /P.Iva 00052420320**

Si rende noto che, a seguito di quanto disposto dalla Legge Regionale FVG n.17 dd. 16 ottobre 2014 (pubblicata sul BUR n. 43 dd. 22/10/14), che disciplina il "Riordino dell'assetto istituzionale ed organizzativo del SSR e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria", **a decorrere dall'1 gennaio 2015:**

- l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 " Triestina " succede nell'intero patrimonio dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 " Triestina ", che viene contestualmente soppressa;

- all'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 "Triestina" sono trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi facenti capo all'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina".

**Pertanto, tutte le fatture emesse a seguito di ordini, ODA ed RDO MEPA, convenzioni, ecc. della cessata ASS1 Triestina, qualora la consegna della merce o l'effettuazione del servizio siano avvenuti successivamente al 01/01/2015, dovranno essere intestate al nuovo ente, i cui estremi di registrazione (denominazione completa, partita iva, sede legale, ecc) verranno resi noti sul sito internet aziendale [www.ass1.sanita.fvg.it](http://www.ass1.sanita.fvg.it), dal momento in cui saranno definiti.**

Per le consegne effettuate entro il 31/12/2014, la relativa fattura dovrà essere emessa entro il 31/12/2014 ed intestata all'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina".

In conseguenza di tale cambiamento di ragione sociale ed ai sensi del vigente Codice della Privacy (Decreto Legislativo n. 196/2003), l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 "Triestina" subentra, altresì, nella titolarità dei dati personali già oggetto di trattamento da parte dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina", restando comunque invariate finalità e modalità del trattamento ai sensi della informativa già comunicata.

**A seguito del suindicato cambiamento, dalla data del 01 gennaio 2015 risulta operativa la sola "Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 "Triestina" alla quale occorrerà fare riferimento per qualsiasi rapporto commerciale, anche se sorto precedentemente a tale data.**

Centralino 040 3995 111  
Fax 040 399 7189

C.F. e P. IVA 00052420320

[www.ass1.sanita.fvg.it](http://www.ass1.sanita.fvg.it)

CASELLA AZIENDALE DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA: [Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it](mailto:Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it)

-----  
*L' Ente destinatario della presente è dotato di una casella di posta certificata? Inviare l'informazione via e-mail al seguente indirizzo: [da@ass1.sanita.fvg.it](mailto:da@ass1.sanita.fvg.it)*

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI  
N° 1 – TRIESTINA**

Via Giovanni Sai, 1-3 - 34128 TRIESTE



Trieste, 24 dicembre 2014

<COGNOME \\* Upper>  
<INDIRIZZO \\* Upper>  
<"CAP"> <"DESC\_COMUNE">  
<"PROV\_COMUNE">  
tel: <"TELEFONO">  
fax: <"FAX">  
pec: <"PEC">

Prot. n. \_\_\_\_\_

Servizio:

S.C. Programmazione e Controllo Acquisti  
Via del Farneto 3 - 34124 Trieste

Funzionario referente per quanto comunicato:

Davide Fifaco  
(nome e cognome)

e-mail: uap4@ass1.sanita.fvg.it

Tel. 040/3995062 Fax: 040/3995195

Rif. nota: dd. \_\_\_\_\_

**Oggetto: <"COGNOME"> - Invio contratto derivato per la convenzione di cui alla gara DSC per la fornitura di "PRODOTTI FARMACEUTICI" (ID13FAR001)**

Con riferimento alla gara di cui in oggetto, si invia in allegato il contratto derivato, relativo ai prodotti aggiudicati alla vs. azienda

Cordiali saluti,

**Il Responsabile della**

Centralino 040 3995 111  
Fax 040 399 7189

C.F. e P. IVA 00052420320

[www.ass1.sanita.fvg.it](http://www.ass1.sanita.fvg.it)

CASELLA AZIENDALE DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA: [Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it](mailto:Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it)

-----  
*L' Ente destinatario della presente è dotato di una casella di posta certificata? Inviata l'informazione via e-mail al seguente indirizzo: [da@ass1.sanita.fvg.it](mailto:da@ass1.sanita.fvg.it)*

**Struttura Complessa Programmazione e  
Controllo Acquisti**  
**dott.ssa Rosa Caramanoli**  
- firmato digitalmente -

## CONTRATTO DERIVATO

Ragione sociale:	<COGNOME \* Upper>
Indirizzo:	<INDIRIZZO \* Upper>
Città:	<"CAP"> <DESC_COMUNE \* Upper> (<"PROV_COMUNE">)
Telefono:	<"TELEFONO">
Fax:	<"FAX">
Indirizzo PEC:	<"PEC">
Partita IVA:	<"PARTITA_IVA">
N.della richiesta:	<b>1/2014</b>

La sottoscritta in qualità di **della Struttura Complessa Programmazione e controllo Acquisti** e per conto **dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 Triestina**, Codice Fiscale/Partita Iva **00052420320** con sede in **Trieste Via Sai n. 1-3, CAP 34128** Tel **040/399 1111** Fax **040/399 5229**,

Vista la Convenzione per la fornitura di **"Prodotti farmaceutici"** (ID13FAR001) alle Aziende del Servizio Sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia, stipulata dal Dipartimento Servizi Condivisi con il Fornitore <"COGNOME">

### ORDINA

la fornitura di **"Prodotti farmaceutici"** ai sensi e per gli effetti della Convenzione succitata e di tutte le disposizioni della medesima, secondo le modalità e per gli importi di seguito indicati.

A - Attivazione della fornitura in oggetto per 36 mesi circa a partire dal 01/10/2014

B – Referente dell'Unità richiedente alla Richiesta di consegna: indicato nei singoli ordinativi inviati

RAGIONE SOCIALE	LOTTO	CIG DERIVATO	PRINCIPIO ATIVO	NOME COMMERCIALE	F.F.	DOSAGGIO	PREZZO UNIT.	QT.	IMPONIBILE	IVA 10%	TOTALE
ROCHE S.P.A. - SOCIETÀ UNIPERSONALE	1096A	Z9210B7FFE	VALGAN CICLOVIR CLORIDRATO	VALCYTE 250MG/5ML	POLVERE	240 ML (50 MG/ML)	221,77	8	€ 1.774,16	€ 177,42	€ 1.951,58
	1272A	592474021E	TRASTUZUMAB	HERCEPTIN 150 MG	FIALE	150 MG	577,9	3200	€ 1.849.280,	€ 184.928,0	€ 2.034.208,

Centralino 040 3995 111  
Fax 040 399 7189

C.F. e P. IVA 00052420320

[www.ass1.sanita.fvg.it](http://www.ass1.sanita.fvg.it)

CASELLA AZIENDALE DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA: [Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it](mailto:Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it)

L'Ente destinatario della presente è dotato di una casella di posta certificata? Inviatelo l'informazione via e-mail al seguente indirizzo: [da@ass1.sanita.fvg.it](mailto:da@ass1.sanita.fvg.it)

									00	0	00
	1275 A	5924756 F4E	BEVACIZ UMAB	AVASTIN	FIAL E	100 MG	305,76	480	€ 146.764,80	€ 14.676,48	€ 161.441,28
	1276 A	5941948 A99	BEVACIZ UMAB	AVASTIN	FIAL E	400 MG	1224,54	280	€ 342.871,20	€ 34.287,12	€ 377.158,32
	1354 A	ZAC10E 0062	INTERFE RONE ALFA 2A	ROFERON 3 MIO SYR	FIAL E	3000000 U.I.	10,48	720	€ 7.545,60	€ 754,56	€ 8.300,16
	1373 A	Z5510E3 373	INTERFE RONE ALFA 2A PEGILAT O	PEGASYS 135 MGC	FIAL E	135 MCG	125,9	200	€ 25.180,00	€ 2.518,00	€ 27.698,00
	1374 A	Z5D10E3 3A5	INTERFE RONE ALFA 2A PEGILAT O	PEGASYS 180 MCG	FIAL E	180 MCG	167,88	160	€ 26.860,80	€ 2.686,08	€ 29.546,88
	1660 A	ZB710F4 CC9	CLONAZ EPAM	RIVOTRIL 2 MG	COM PRES SE	2 MG	0,0323	264 00	€ 852,72	€ 85,27	€ 937,99
	1661 A	ZE710F4 CFA	CLONAZ EPAM	RIVOTRIL 0,25%	GOC CE	10 ML (2,5 MG/ML)	0,82	400	€ 328,00	€ 32,80	€ 360,80
	1711 A	Z7510FB 0A7	LEVODO PA/BENS ERAZIDE	MADOPAR 125 MG	COM PRES SE EFFE RVES CENT I SOLU BILI	100 MG/25 MG	0,07133	336 00	€ 2.396,69	€ 239,67	€ 2.636,36
	1717 A	Z0210FB 108	LEVODO PA/BENS ERAZIDE	MADOPAR HBS	CAPS ULE	100 MG + 25 MG R.P.	0,07999	560 0	€ 447,94	€ 44,79	€ 492,74
	1860 A	ZD110FE DBA	BROMAZ EPAM	LEXOTAN PLUS	CAPS ULE/ COM PRES SE	6 MG	0,20714	440 00	€ 9.114,16	€ 911,42	€ 10.025,58
	2083 A	Z2E10C B943	DESOSSI RIBONUC LEASI	PULMOZYM E 2,5 MG	AER OSOL	2,5 ML (2500 U.I.)	19,3334 7	960	€ 18.560,13	€ 1.856,01	€ 20.416,14
	351 A	Z9A10B7 D3F	METOSS POLIETIL ENGLICO LE-	MIRCERA SYR 100 MCG/0.3 ML	FIAL E	Tutti i dosaggi	1,2	240 0	€ 2.880,00	€ 288,00	€ 3.168,00

			EPOETIN A BETA								
	985 A	ZB510B4 CA3	TRIMETO PRIM/SUL FAMETO XAZOLO	BACTRIM FORTE	COM PRES SE	160 MG + 800 MG	0,10563	800 0	€ 845,04	€ 84,50	€ 929,54
	987 A	Z3E10B4 DE6	TRIMETO PRIM/SUL FAMETO XAZOLO	BACTRIM FORTE	SOSP ENSI ONE	80 MG + 400 MG/5 ML	1,2	8	€ 9,60	€ 0,96	€ 10,56
ROCH E S.P.A. - SOCIE TÀ UNIPE RSON ALE Totale									€ 2.435.710, 84	€ 243.571,0 8	€ 2.679.281, 93

Il contatto con il Fornitore dovrà avvenire con le modalità stabilite nello schema di convenzione.

Le Richieste di consegna verranno emesse via fax tramite ordinativi singoli emessi dall'Amministrazione Contraente.

Le fatture, salvo quanto diversamente comunicato, dovranno essere intestate a :

**A.S.S. n. 1 TRIESTINA**  
**VIA SAI 1-3**  
**34128 TRIESTE**  
**TEL: 040/399 1111**  
**FAX: 040/3995229**  
**C.F /P.Iva 00052420320**

Si rende noto che, a seguito di quanto disposto dalla Legge Regionale FVG n.17 dd. 16 ottobre 2014 (pubblicata sul BUR n. 43 dd. 22/10/14), che disciplina il "Riordino dell'assetto istituzionale ed organizzativo del SSR e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria", **a decorrere dall'1 gennaio 2015:**

- l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 " Triestina " succede nell'intero patrimonio dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 " Triestina ", che viene contestualmente soppressa;
- all'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 "Triestina" sono trasferiti tutti i rapporti giuridici

Centralino 040 3995 111  
Fax 040 399 7189

C.F. e P. IVA 00052420320

[www.ass1.sanita.fvg.it](http://www.ass1.sanita.fvg.it)

CASELLA AZIENDALE DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA: [Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it](mailto:Ass1TS.protgen@certsanita.fvg.it)

L' Ente destinatario della presente è dotato di una casella di posta certificata? Inviare l'informazione via e-mail al seguente indirizzo: [da@ass1.sanita.fvg.it](mailto:da@ass1.sanita.fvg.it)

attivi e passivi facenti capo all'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina".

**Pertanto, tutte le fatture emesse a seguito di ordini, ODA ed RDO MEPA, convenzioni, ecc. della cessata ASS1 Triestina, qualora la consegna della merce o l'effettuazione del servizio siano avvenuti successivamente al 01/01/2015, dovranno essere intestate al nuovo ente, i cui estremi di registrazione (denominazione completa, partita iva, sede legale, ecc) verranno resi noti sul sito internet aziendale [www.ass1.sanita.fvg.it](http://www.ass1.sanita.fvg.it), dal momento in cui saranno definiti.**

Per le consegne effettuate entro il 31/12/2014, la relativa fattura dovrà essere emessa entro il 31/12/2014 ed intestata all'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina".

In conseguenza di tale cambiamento di ragione sociale ed ai sensi del vigente Codice della Privacy (Decreto Legislativo n. 196/2003), l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 "Triestina" subentra, altresì, nella titolarità dei dati personali già oggetto di trattamento da parte dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina", restando comunque invariate finalità e modalità del trattamento ai sensi della informativa già comunicata.

**A seguito del suindicato cambiamento, dalla data del 01 gennaio 2015 risulta operativa la sola "Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 "Triestina" alla quale occorrerà fare riferimento per qualsiasi rapporto commerciale, anche se sorto precedentemente a tale data.**