

INTESTAZIONE AZIENDA SANITARIA REGIONALE (da inserire)

S.C. Provveditorato/Farmacia Ospedaliera

Spettabile

Tel. _____

Fax _____

Pec: _____

Prot. n. _____

Ufficio gare

Mail/pec _____

E p.c. SCR Piemonte

acquisti@cert.scr.piemonte.it

_____, li _____

Oggetto: Gara n. _____ farmaci ospedalieri e PHT - Inadempimenti contrattuali – Penali.

A seguito dell'espletamento della procedura di gara richiamata in oggetto relativa all'appalto per la fornitura quadriennale di farmaci, richiamata in oggetto, con deliberazioni del Presidente del CdA di SCR Piemonte n. ____ del _____ è stata approvata l'aggiudicazione a Codesta società della fornitura, a partire dal _____, di vari farmaci, tra i quali:

N.	Farmaco	Forma	Dosaggio
1			
2			

Riferendosi ai prodotti sopra elencati non sono state rispettate da Voi le condizioni contrattuali presenti nel capitolato e sanzionate come da articolo 10 dello stesso e di seguito riportate nella tabella (*compilare esclusivamente le condizioni oggetto di penale*):

a) ritardo nella consegna o ritardo nella consegna a seguito d'indisponibilità temporanea del prodotto

N.	Numero ordinativo	Data ordinativo	Giorni ritardo (A)	Valore Ordinativo	Penale 2% valore ordinativo (B)	Importo penale totale (Ax B)
1						
2						

b) in caso di ritardo per il ritiro e sostituzione del prodotto contestato per difformità qualitativa o quantitativa

N.	Numero ordinativo	Data ordinativo	Giorni ritardo (A)	Valore Ordinativo contestato	Penale 2% valore ordinativo farmaco (B)	Importo penale totale (Ax B)
1						
2						

INTESTAZIONE AZIENDA SANITARIA REGIONALE (da inserire)

c) in caso d'indisponibilità temporanea uguale o superiore a 2 volte per anno (da applicare a singolo evento di indisponibilità a partire dal secondo evento)

N.	Numero ordinativo	Data ordinativo	N. Evento indisponibilità	Importo penale (0,5% valore compl. fornitura contrattualizzata)
1				
2				

d) in caso di mancata comunicazione tempestiva per iscritto di indisponibilità temporanea del prodotto:

N.	Numero ordinativo	Data ordinativo	Data comun. indisponibilità	Penale 1% valore ordinativo farmaco
1				
2				

e) in caso di mancato invio dei fogli illustrativi modificati

N.	Numero ordinativo	Data ordinativo	Data variazione foglio illustrativi	Penale 200,00 €
1				
2				

La scrivente azienda emetterà quindi una **fattura attiva** di _____ euro, corrispondente all'importo complessivo delle penali, che verrà compensata finanziariamente sulle Vs. fatture:

- n. _____ del __/__/____ (importo _____)
- n. _____ del __/__/____ (importo _____)

Distinti saluti.

DIRETTORE
S.C. PROVVEDITORATO/FARMACIA OSPEDALIERA

Il responsabile del procedimento amministrativo:

Num. Tel:

Num. Fax:

E-mail: