

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
sanita@scr.piemonte.it

_____, li _____

Oggetto: Gara n. _____ farmaci ospedalieri e PHT - Inadempimenti contrattuali – Acquisto in danno.

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 Direttore Generale n. _____ 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			

Tali prodotti sono risultati mancanti e si è pertanto proceduto, come stabilito da articolo 6.1 del capitolato tecnico da Voi accettato, all'acquisto sul libero mercato secondo quanto riportato nelle seguenti tabelle:

N.	Fornitore	Numero ordine	Data ordine	Quantità richiesta	Costo unitario	Costo complessivo
1	Fornitore aggiudicatario					
	Fornitore libero mercato					
2	Fornitore aggiudicatario					
	Fornitore libero mercato					
Spesa che si sarebbe sostenuta in caso di Vostra regolare consegna (A)						
Spesa realmente sostenuta acquistando il prodotto da fornitori sul libero mercato (B)						
Valorizzazione maggiore spesa (B-A)						
Valorizzazione maggiore spesa IVA inclusa (Valore nota di credito)						

INTESTAZIONE AZIENDA SANITARIA REGIONALE (da inserire)

Trattandosi di farmaci di cui l'Azienda _____ non può rimanere sprovvista, la S.C. Farmacia scrivente si è vista costretta a reperire tali prodotti presso altri fornitori, secondo le quantità e i prezzi riportati nella stessa tabella, sostenendo l'onere del maggior costo.

Si richiede inoltre l'emissione di una **nota di credito di _____ euro**, corrispondente all'importo complessivo, ovvero al lordo delle imposte, della maggior spesa sostenuta, entro 45 giorni dal ricevimento della presente. Tale importo, in attesa della su citata nota di credito, verrà bloccato sulle Vs. fatture (*ove presenti*):

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

In caso di mancata emissione entro il termine previsto, si procederà ad abbonare l'importo sulle medesime fatture, che risulteranno quindi definitivamente chiuse.

Distinti saluti.

DIRETTORE
S.C. PROVVEDITORATO/FARMACIA OSPEDALIERA

Il responsabile del procedimento amministrativo:

Num. Tel. :

Num. Fax :

E-mail :