

## INTESTAZIONE AZIENDA SANITARIA REGIONALE (da inserire)

**S.C. Provveditorato/Farmacia Ospedaliera**

Spettabile

Tel.

Fax

Pec:

Prot. n.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ufficio gare

Mail/pec \_\_\_\_\_

E p.c. SCR Piemonte S.p.A.

[acquisti@cert.scr.piemonte.it](mailto:acquisti@cert.scr.piemonte.it)

**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 provvedimento del Direttore Appalti *ad interim* di SCR Piemonte S.p.A. 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			

Tali prodotti sono risultati mancanti e si è pertanto proceduto, come stabilito dall'articolo 7.1 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)						
<b>Valorizzazione maggiore spesa IVA inclusa (Valore nota di credito)</b>						

## *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 pertanto 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 abbuonare 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 :