

# ORDINATIVO DI FORNITURA

**APPALTO SPECIFICO INDETTO DA REGIONE LIGURIA SETTORE STAZIONE UNICA APPALTANTE REGIONALE – VIA FIESCHI, 15 - 16121 GENOVA PER L’AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA DELLA SOSTANZA MEDICINALE DAPAGLIFLOZIN COMPRESSE 10 MG OCCORRENTE AL CENTRO UNICO REGIONALE DISTRIBUZIONE FARMACI DELLA REGIONE LIGURIA PER UN PERIODO DI DODICI MESI, NELL’AMBITO DEL SISTEMA DINAMICO DI ACQUISIZIONE DELLA PUBBLICA**

**GARA N. 8743092 – LOTTO N. 1**

N.ro di protocollo.....  
 Fornitore/S.U.A.R.  
 Indirizzo ..... N° civico  
 Cap Città  
 N° tel  
 N° Fax

## ORDINATIVO DI FORNITURA

Il sottoscritto .....  
 per l'Amministrazione .....  
 Direzione/Dipartimento/Altro .....  
 C.F. .... Con sede in Via .....  
 Tel ...../Fax ..... E-mail.....  
 di seguito "Amministrazione Contraente"

### premessò che

- in data ....../....../..... è stata stipulata una convenzione tra la Stazione Unica Appaltante Regionale di seguito denominata "S.U.A.R." e il Fornitore.....per la fornitura di ..... Lotto/i ..... ai sensi dell'art. 9, comma 1, L.R. n. 14/2007;
- che l'Amministrazione Contraente rientra tra i soggetti che devono utilizzare la Convenzione stipulata con la S.U.A.R.;
- che il Fornitore, ....., ha nominato quale Responsabile della Fornitura il Sig./ra .....
- che l'A.S.L. ...., ai sensi dell'art 274 D.P.R. 5/10/2010, n. 207, ha nominato quale Responsabile del Procedimento il Sig./ra ..... e Responsabile dell'esecuzione della Fornitura il Sig./ra .....
- che a seguito della stipula della Convenzione l'Amministrazione contraente si è determinata ad attivare la fornitura;
- che la Convenzione ed i suoi allegati regolano i termini generali del rapporto tra le parti e che in caso di contrasti le previsioni della stessa prevarranno su quelle degli atti di sua esecuzione.

### ORDINA

La fornitura dei beni descritti nell' "ordinativo di fornitura" per l'Azienda Sanitaria

Le fatture relative al presente Ordinatìo di Fornitura dovranno essere intestate a:

(Amministrazione per esteso) .....

Via ..... n. ....

Città ..... CAP .....

Codice Fiscale (dell'Amm.ne) .....

e dovranno indicare

N.ro di protocollo (del presente ordinativo) .....

(Luogo)....., (Data) \_\_/\_\_/\_\_

I pagamenti saranno effettuati a ..... trascorsi almeno ..... giorni dalla data del ricevimento della fattura mediante .....

per l'Amministrazione Contraente

Allegati\*:

Modulo 1: Dettagli Ordinativo

Modulo 2: Indicazione dei punti di consegna

## ORDINATIVO DI FORNITURA

Modulo 1

LOTTO	CODICE PRODOTTO	DESCRIZIONE	QUANTITATIVI (1)	PREZZO UNITARIO IVA INCLUSA	CORRISPETTIVO TOTALE IVA INCLUSA (2)

---

1) quantitativi indicativi per i dodici mesi di durata del contratto

2) importo complessivo indicativo per i dodici mesi di durata del contratto

## Modulo 2

## ORDINATIVO FORNITURA - INFORMAZIONI SUI PUNTI DI CONSEGNA

DENOMINAZIONE LUOGO DI CONSEGNA	INDIRIZZO COMPLETO

I campi sottostanti sono da compilarsi obbligatoriamente per la validità dell'ordinativo

AMMINISTRAZIONE RICHIEDENTE _____
CODICE FISCALE _____