N 524 /D.C.T.A.A.D. ORIGINALE

OGGETTO: Liquidazione fatture per fornitura presidi per diabetici, farmaci, materiale sanitario e diagnostico a pazienti temporaneamente fuori Regione – *D.S. di Crotone*.

In data 05-11-2010 nella Sede del Dipartimento Area Assistenza Distrettuale A.S.P., sita in Crotone , Via M. Nicoletta, presso il Centro Direzionale "Il Granaio";

VISTO il D.M. 329/99 con modifiche apportate ai sensi del D.M. n. 279/01 e n. 296/01;

VISTA la circ. n. 13/2001;

ACQUISITA l'autorizzazione del Direttore del D.C.T.A.A.D. prot. n. 146 del 18.01.2010 a procedere alla liquidazione delle fatture;

VISTO il parere di regolarità contabile dell'Ufficio Ragioneria;

IL DIRETTORE DEL D.C.T.A.A.D.

PREMESSO che la sig.ra Guscimà Raffaella ha effettuato i dovuti controlli amministrativo-contabili;

CONSIDERATO che i presidi per diabetici, le prestazioni sanitarie, nonché la fornitura di farmaci, somministrati da parte di Strutture pubbliche a cittadini residenti nella nostra ASP che si trovano temporaneamente domiciliati fuori Regione, non sono assoggettate a prestazioni di mobilità sanitaria extra regionale in quanto appartenenti alla spesa per l'assistenza integrativa farmaceutica;

VISTE le fatture delle Farmacie Comunali Riunite di Reggio Emilia n. DMI 100900000696 del 30/06/2010 per un importo di *€ 139,41,* della A.S.L. Provincia di Milano 1: n. 1/AttCom/10-5300 del 29/07/2010 per un importo di *€ 143,28,* n. 1/AttCom/10-5326 del 30/07/2010 per un importo di *€ 199,65,* n. 1/AttCom/10-5314 del 30/07/2010 per un importo di *€ 222,10,* corredate da documentazione sanitaria ove si evince l'autorizzazione della nostra Azienda e la relativa fornitura di presidi per assistenza integrativa farmaceutica ai pazienti residenti nella nostra A.S.P. e domiciliati temporaneamente fuori Regione;

DETERMINA

Per quanto in premessa specificato e descritto, che qui si intende

integralmente ripetuto e confermato:

-LIQUIDARE l'importo complessivo di *€ 704,44* alle AA.SS.LL. come specificato nell'elenco che fa parte integrante del presente atto, a titolo rimborso spese per prestazioni sanitarie e fornitura presidi farmaceutici a pazienti residente in questa ASP;

-DARE atto che la spesa di *€ 704,44* graverà sul centro di costo n. 02.01.04, conto n. 303.70.30 dei bilanci di competenza nei limiti massimi di spesa in esso previsto;

-AUTORIZZARE l'Ufficio di Ragioneria ad emettere mandato di pagamento in favore delle AA.SS.LL. per come specificato nell'elenco allegato.

==========

Il Responsabile del procedimento Dott. *Gino Liperoti:* _____

Il Direttore del D.C.T.A.A.D. Sostituto Dott.ssa *Angela Caligiuri:* _____

* Ufficio Affari Generali*
CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente determina è pubblicata nelle forme di legge All'albo Pretorio dell'Azienda in data 09 NOV. 2010 con Prot. U.O. Segr. Gen.n° 2192 ed ivi rimarrà per un periodo di dieci giorni.

Il Responsabile del procedimento

Valter Cosentino

Il Direttore dell'Ufficio

F.to Giorgio Vincenzo Floccari

1. Azienda Speciale Farmacie Comunali Riunite - Via Doberdò, 9 - 42122 - Reggio Emilia - P.I. 00761840354 - Fattura n. DMI 100900000696 del 30/06/2010 - importo *€ 139.41* - UNICREDIT BANCA SPA - Agenzia di Piazza del Monte - Reggio Emilia - IBAN: IT 30 S 02008 12834 000100254359;

2. A.S.L.. Provincia di Milano 1 – Via Al Donatore di Sangue, 50 – Magenta – P.I. 12313930153 – Fattura n. 1/AttCom/10-5300 del 29/07/2010 – importo *€ 143,28*, n. 1/AttCom/10-5326 del 30/07/2010 – importo *€ 199,65*,n. 1/AttCom/10-5314 del 30/07/2010 – importo *€ 222,10* - Banca Popolare di Milano AG. 161 Magenta – IBAN: IT15 G 05584 33320 000000075104.

TOTALE complessivo: *€ 704,44*

==========

Il Resp. del Procedimento
Dott. Gino Liperoti

Il Dir. del Distretto Sanitario di Crotone
Sostituto Dott.ssa Angela Caligiuri