

DETERMINA N. 1487

**DISTRETTO AZIENDALE UNICO**

Oggetto: Struttura Sanitaria POLISPECIALISTICA BIOS s.r.l. con sede in Crotone. Liquidazione prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale branca di Allergologia mese di AGOSTO 2021

In data 13.10.2021 nella sede del Distretto Aziendale Unico sito in Crotone, Via M. Nicoletta Centro Direzionale "Il Granaio";

Su conforme proposta del Responsabile del Procedimento designato nonché della espressa dichiarazione di regolarità e legittimità dell'atto resa dal Direttore DUA

**IL DIRETTORE DEL DISTRETTO SANITARIO UNICO AZIENDALE**

**PREMESSO**

che con D.C.A. n. 50 del 19/03/2021 del Commissario Ad Acta per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi dell SSR calabrese, è stato definito il livello massimo di finanziamento per l'anno 2021 per le strutture erogatrici di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale con oneri a carico del SSR;

che in data 31/03/2021 è stato stipulato il contratto che regola i rapporti giuridici ed economici tra questa ASP e la struttura sanitaria POLISPECIALISTICA BIOS s.r.l. per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per la branca di Allergologia, che definisce, tra l'altro, il limite massimo di spesa di euro 8.116,00 nonché le modalità di controllo, verifica e liquidazione delle prestazioni erogate;

che, per come espressamente convenuto e stipulato all'art. 1 del citato contratto, l'erogatore accetta di erogare le prestazioni sanitarie per le quali è stato accreditato per conto del SSR, nei limiti delle risorse assegnate con D.C.A. n. 50 del 19/03/2021;

che la struttura è tenuta a garantire l'erogazione delle prestazioni agli aventi diritto, modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto l'anno;

Dato atto che la Struttura ha trasmesso a questa Azienda Sanitaria le ricette relative alle prestazioni ambulatoriali rese nel mese indicato in oggetto il cui valore economico ammonta ad euro 437,96

**Considerato**

che la Struttura sanitaria di cui trattasi, per le prestazioni erogate nel mese di AGOSTO dell'anno 2021, ha trasmesso a questa ASP la fattura elettronica n. FATTPA 62\_21 del 30 settembre 2021 di euro 437,96 e al netto delle quote di compartecipazione a carico del cittadino pari complessivamente ad euro 0;

che la fattura allegata alla presente determina, ne costituisce parte integrante;

Dato atto

che l'istruttoria amministrativo-contabile per la liquidazione della fattura di cui sopra è stata eseguita secondo i relativi provvedimenti regionali;

che la struttura ha documentato l'attività sanitaria erogata a mezzo del flusso informativo - FILE C - che costituisce il riferimento per la definizione dei rapporti economici in conformità alle disposizioni della vigente normativa;

che l'ASP ha effettuato i controlli informatici sul FILE C e i controlli sulle singole impegnative secondo le specifiche previste dalle disposizioni regionali;

#### DETERMINA

Per quanto in premessa specificato e descritto, che qui si intende integralmente ripetuto e confermato:

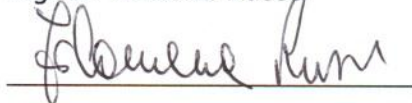
1. Liquidare alla Struttura Sanitaria POLISPECIALISTICA BIOS s.r.l. , per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale della branca di Allergologia relative al mese di AGOSTO dell'anno 2021, la fattura n. FATTPA 62\_21 del 30 settembre 2021 di euro 437,96 al netto delle quote di compartecipazione a carico del cittadino, già trattenute ed incassate dalla struttura, per complessivi euro 0.

2. Disporre che il competente Ufficio Ragioneria provveda all'emissione del relativo mandato di pagamento.

3. Trasmettere copia della presente determina alla Segreteria Generale dell'Azienda per la relativa pubblicazione.

Il Responsabile del Procedimento

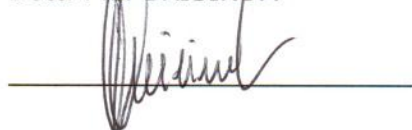
Sig.ra Filomena Russo



---

Il Direttore del Distretto Unico Aziendale

Dott. P.L. BRISINDA



---

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente delibera è stata pubblicata nelle forme di legge all'Albo pretorio dell'Azienda in data 14 OTT. 2021 con protocollo n. 03182

Il Responsabile del procedimento

\_\_\_\_\_

Il Direttore U.O.C.  
Affari Generali e Legali  
Dr.ssa Anna Giordano

\_\_\_\_\_ 



**S**ERVIZIO  
**S**ANITARIO  
**R**EGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
CROTONE**



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

88900 CROTONE - "Centro Direzionale il Granaio"  
Tel. 0962-924111 P.IVA 01997410798

COPIA FORNITORE

|  |     |                    |
|--|-----|--------------------|
| ORDINE DI FORNITURA SERVIZI / LAVORI<br><b>2021/154 (GRC)</b>                          |     | DATA<br>08/10/2021 |
| FORNITORE<br>10005686  | FAX | TELEFONO           |
| CONTO DI ACQUISTO<br>50213080 Servizi sanitari per assistenza specialistica da altro p |     |                    |
| BUDGET<br>P: SPEC5   |     |                    |
| CONTRATTO  |     |                    |
| DELIBERA   |     |                    |
| PROGETTO<br>SPEC5 - BIOS ALLERGOLOGIA  |     |                    |
| CIG / CUP<br>MOTIVONC19  |     |                    |
| SERVIZIO<br>29 - SPECIALISTICA TER.EXTER.RES. ACCREDITAT                               |     |                    |

SPETT.LE

POLISPECIALISTICA BIOS S.R.L.

PIAZZA UMBERTO I 41

88900 CROTONE

E-mail:

ORDINATORE

29 SPECIALISTICA TER.EXTER.RES. ACCREDITATA

KR

Fax:

DESCRIZIONE FORNITURA  
agosto 2021

NOTE

| PR.<br>RATA       | COMPETENZA |            | SERVIZIO  | IMPORTI    |                          |        | CIG / CUP  |
|-------------------|------------|------------|---|------------|--------------------------|--------|------------|
|                   | DAL        | AL         |   | IMPONIBILE | IVA                      | TOTALE |            |
| 1                 | 01/08/2021 | 31/08/2021 | 45253857 PRESTAZIONI<br>AMBULATORIALE<br><br>CDC: CC2A52 - ATTIVITÀ DI<br>LABORATORIO | 437,96     |                          | 437,96 | MOTIVONC19 |
| IMPONIBILE 437,96 |            |            |   | IVA 0,00   | IMPORTO FORNITURA 437,96 |        |            |

# FATTURA ELETTRONICA

Versione FPA

## Dati relativi alla trasmissione

Identificativo del trasmittente: **IT01879020517**  
Progressivo di invio: **62**  
Formato Trasmissione: **FPA12**  
Codice Amministrazione destinataria: **5S1QSV**

## Dati del cedente / prestatore

### Dati anagrafici

Identificativo fiscale ai fini IVA: **IT01314510791**  
Codice fiscale: **01314510791**  
Denominazione: **Polispecialistica Bios Srl**  
Regime fiscale: **RF01** (ordinario)

### Dati della sede

Indirizzo: **Largo Umberto I**  
Numero civico: **41**  
CAP: **88900**  
Comune: **Crotone**  
Provincia: **KR**  
Nazione: **IT**

### Recapiti

E-mail: **info@pec.biosmedica.it**

## Dati del cessionario / committente

### Dati anagrafici

Codice Fiscale: **01997410798**  
Denominazione: **Azienda Sanitaria Provinciale Crotone - Ufficio Assistenza Specialistica Ambulat**

### Dati della sede

Indirizzo: **Via M. Nicoletta c/o**  
CAP: **88900**  
Comune: **Crotone**  
Provincia: **KR**  
Nazione: **IT**

Versione prodotta con foglio di stile Sdl [www.fatturapa.gov.it](http://www.fatturapa.gov.it)

Versione FPA

## Dati generali del documento

Tipologia documento: **TD01** (fattura)  
Valuta importi: **EUR**  
Data documento: **2021-09-30** (30 Settembre 2021)  
Numero documento: **FATTPA 62\_21**  
Importo totale documento: **437.96**  
Causale: **Prestazioni eseguite nel mese di AGOSTO 2021 (Lordo 437,96 - Ticket 0,00 - Quote Ricette 0,00 - Decurtato 0,00 = Netto 437,96)**

## Bollo

Bollo virtuale: **SI**  
Importo bollo: **2.00**

## Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura

### *Nr. linea: 1*

Descrizione bene/servizio: **Prestazioni di ALLERGOLOGIA**  
Quantità: **1.00**  
Unità di misura: **NR**  
Valore unitario: **437.96**  
Valore totale: **437.96**  
IVA (%): **0.00**  
Natura operazione: **N4** (esenti)

## Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

Aliquota IVA (%): **0.00**  
Natura operazioni: **N4** (esenti)  
Totale imponibile/importo: **437.96**  
Totale imposta: **0.00**  
Riferimento normativo: **Esente Art. 10 DPR 633/72**

## Dati relativi al pagamento

Condizioni di pagamento: **TP02** (pagamento completo)

### *Dettaglio pagamento*

Modalità: **MP05** (bonifico)  
Data scadenza pagamento: **2021-09-30** (30 Settembre 2021)  
Importo: **437.96**  
Istituto finanziario: **B.N.L.**  
Codice IBAN: **IT39F0100522200000000019678**