

**BIOINDUSTRIA L.I.M. SpA**

**BIOINDUSTRIA LABORATORIO ITALIANO MEDICINALI S.P.A.**

---

Capitale Sociale € 1.393.200,00 i.v. – Codice Fiscale e Partita IVA 01679130060

Sede Legale e Stabilimento:

15067 NOVI LIGURE – Via De Ambrosiis 2-4-6 - Tel. (0143) 3131 - Fax (0143) 73052

REPARTO MATERIE PRIME:

15064 FRESONARA– Via Giustizia 1 – Tel. (0143) 48.03.39 – 48.03.11 -

Internet : [www.bioindustria.it](http://www.bioindustria.it)

E-mail: [info@bioindustria.it](mailto:info@bioindustria.it)

Novi Ligure, 11 Marzo 2026

B/M

Spett.

AUSL UMBRIA 1

Via G. Guerra, 21/17

06127 PERUGIA

**Oggetto: Offerta**

A seguito RDO MEPA ID 6132081, ci pregiamo sottoporre la ns/ migliore quotazione, valida sino al 31/12/2026, per la preparazione di:

Jaluronidasi 300 I.U. (1 fiala liofilizzata + 1 fiala solvente)

Prezzo unitario offerto IVA esclusa € 19,80 (diciannove/ottanta)

Prezzo a conf.ne offerto IVA esclusa € 59,40 (cinquantanove/quaranta)

Confezioni: astuccio da 3 fiale liofilizzate + 3 fiale solvente.

Prodotto e fornito dietro presentazione di ricetta medica

Cod. ATC B06AA

Porto e imballo gratis – IVA, del 10%, a Vs/ carico – Pagamento rimessa diretta 60 gg. data fattura – Minimo ordinabile: n. 3 confezioni pari ad € 178,20 + IVA 10%

Si allega dichiarazione di assunzione di responsabilità che può essere riferita ad un presunto consumo annuale.

Cordiali saluti.

BIOINDUSTRIA L.I.M. SpA  
Il Legale Rappresentante  
*Dr. Fabrizio Caraccia*  
Documento firmato digitalmente

Spett.le Ditta  
**BIOINDUSTRIA L.I.M. S.p.A.**  
Via De Ambrosiis, 2  
15067 NOVI LIGURE (AL)

Io sottoscritto ..... nella mia qualità di .....  
del Reparto ..... dell'Ospedale .....  
per il paziente: codice numerico/alfanumerico.....  
*(ai sensi dell'Art. 5 della L. 8 aprile 1998 n. 94, comma 3)*

chiedo che venga fornita la preparazione medicinale avente la seguente composizione:

**Fiala liofilizzata:**

Principio attivo: Jaluronidasi 300 U.I.

Eccipienti: Lattosio anidro 10 mg

**Fiala solvente:** Soluzione di sodio cloruro 0.9% 3 ml

Quantitativo:

- Confezioni \* N° ..... (**\* la confezione contiene 3 fiale liofilizzate + 3 fiale solvente**)
- Fiale liofilizzate N°.....
- Fiale solvente N°.....

Dichiaro di aver informato il paziente, di averne acquisito il consenso informativo e di impiegare la preparazione richiesta sotto la mia diretta e personale responsabilità (secondo la normativa vigente Dlgs 219/2006 con particolare riferimento all'articolo 5 del decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 aprile 1998, n. 94).

Il ricorso a tale preparazione estemporanea è giustificato dalla seguente esigenza:

.....  
.....  
.....

La suddetta preparazione è richiesta per struttura sanitaria/ reparto.

Data .....

In fede  
(timbro e firma del Medico)

**BIOINDUSTRIA L.I.M. Bioindustria Laboratorio Italiano Medicinali S.P.A.**

Allegato 1 alla IT\_NL LCQ 23  
Revisione 02 del 16/05/2025  
Supera: Rev.01 del 08/08/2024  
Motivo della revisione: Revisione procedura

**Spett. FARMACIA INTERNA**

**ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA RICETTA MEDICA**  
**(Art. 5 della L. 8 aprile 1998 n. 94)**

**Fotocopiare su carta intestata dell'Ospedale il fac-simile allegato.**

Compilare la ricetta in tutte le sue parti:

- nome del Medico richiedente e Sua qualifica,
- nome dell'Ospedale/Casa di cura,
- codice numerico/alfanumerico del paziente trattato,
- numero di pezzi,
- formato dei flaconi,
- terapia per la quale il prodotto sarà utilizzato,
- data,
- timbro e firma del Medico richiedente.

La ricetta medica autorizzativa, per essere valida, **deve assolutamente essere completa di tutti i dati richiesti.**

Il medico si impegna ad utilizzare la suddetta preparazione su un determinato paziente proprio o della struttura in cui opera, sotto la sua diretta e personale responsabilità; ai fini delle disposizioni previste per le preparazioni magistrali dal Dlgs 219/2006 con particolare riferimento all'articolo 5 del decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 aprile 1998, n. 94.

La ricetta medica può anche essere riferita ad un consumo trimestrale/semestrale/annuale qualora trattasi di terapia continuativa.

**RITORNARE LA RICETTA ai seguenti indirizzi mail: [c.benso@bioindustria.it](mailto:c.benso@bioindustria.it) e [e.demicheli@bioindustria.it](mailto:e.demicheli@bioindustria.it) e cc [a.camicio@bioindustria.it](mailto:a.camicio@bioindustria.it)**

**Oppure al FAX N° 0143/321812**

**A seguito di richiesta ministeriale, Vi preghiamo di voler indirizzare la suddetta ricetta medica a:**

**BIOINDUSTRIA L.I.M. S.p.A.**  
**Via De Ambrosiis, 2**  
**15067 - NOVI LIGURE (AL)**

Per qualsiasi chiarimento, contattare la segreteria tecnica al numero 0143/313303 o 0143/313241.

Restando in attesa di un Vostro riscontro, porgiamo cordiali saluti.

Novi Ligure, .....