



## U.O. ACQUISTI E LOGISTICA

OGGETTO: Avviso di indagine di mercato per l'affidamento tramite procedura negoziata ai sensi dell'art.36 comma 2 lett. b) del D.Lgs. 18 aprile 2016 n. 50 e s.m.i. del servizio di Assistenza Infermieristica Domiciliare

---

L'ASUR Marche, U.O.C. Supporto all' Area Acquisti e Logistica AV1, ha stabilito di avviare un'indagine di mercato per la selezione, nel rispetto dei principi di libera concorrenza, non discriminazione, trasparenza e pubblicità, correttezza e rotazione, di operatori economici da invitare al confronto competitivo.

### ***Oggetto dell'affidamento:***

Servizio di Assistenza Infermieristica domiciliare per paziente affetta da cromosomopatia per 30 ore settimanali (distribuite in 6 ore giornaliere per 5 giorni settimanali) riguardanti la gestione dei seguenti presidi:

- Pompa infusoriale per Nutrizione Enterale tramite Peg
- Pep mask
- Macchina per la tosse e free-aspire
- Saturimetro
- Aspiratore portatile di secrezioni
- Bombola di ossigeno da utilizzare in caso di necessità

### ***Valore dell'affidamento:***

Importo a base di gara € 46.800,00 annuale iva esclusa.

### ***Requisiti di partecipazione:***

Possono manifestare interesse ad essere invitati a presentare offerta gli operatori economici indicati all'art. 45 del D. Lgs. 50/2016 in possesso dei seguenti requisiti:

- assenza dei motivi di esclusione di cui all'art. 80 del D. Lgs. 50/2016;
- possesso dei requisiti di idoneità professionale di cui all'art. 83 c. 1 lett. a) del D. Lgs. 50/2016 ovvero iscrizione nel registro della CCIAA per attività coerente con l'oggetto dell'affidamento della presente indagine;

### ***Modalità di presentazione della manifestazione di interesse:***

Per manifestare il proprio interesse, l'operatore economico potrà utilizzare il facsimile allegato che dovrà pervenire entro e non oltre il 02/07/2019 a mezzo PEC all'indirizzo [areavasta1.asur@emarche.it](mailto:areavasta1.asur@emarche.it) con indicato nell'oggetto "MANIFESTAZIONE DI INTERESSE A PRESENTARE OFFERTA PER IL "SERVIZIO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE"

In caso di raggruppamento temporaneo (RT) o consorzio, la manifestazione di interesse dovrà fare riferimento a tutti gli operatori economici riuniti o consorziati e specificare le parti di appalto che saranno eseguite dai singoli operatori economici, eventualmente anche in termini percentuali.

In caso di raggruppamento temporaneo (RT) o consorzio non ancora costituiti, la manifestazione di interesse dovrà essere sottoscritta da ciascun operatore economico che costituirà il RT o consorzio.

### ***Numero minimo ed eventualmente massimo di O.E. che saranno invitati alla procedura:***

L'indagine di mercato di cui al presente avviso ha la finalità di acquisire manifestazioni di interesse ad essere invitati a presentare offerta da parte di operatori economici. Verranno ammessi alla successiva fase di confronto competitivo almeno 5 operatori economici.

Qualora il numero delle manifestazioni di interesse sia superiore a 5, l'ASUR si riserva di invitare tutti gli operatori economici che hanno manifestato interesse o di procedere all'individuazione degli operatori economici da invitare mediante sorteggio.

Qualora l'ASUR proceda a sorteggio, lo stesso si svolgerà in seduta pubblica in data e orario che verranno pubblicati con le stesse modalità del presente avviso. Della procedura di sorteggio verrà redatto apposito verbale e l'elenco dei sorteggiati sarà secretato.

In presenza di un numero di manifestazioni di interesse inferiore a 5, l'ASUR si riserva di individuare altri operatori economici abilitati al bando sopra menzionato fino al raggiungimento di almeno 5 operatori economici.

***Criteri di selezione dell'offerta:***

Ai sensi dell'art. 95 c. 4 del D. Lgs. 50/2016, la migliore offerta sarà individuata sulla base del criterio del minor prezzo.

***Modalità per comunicare con l'ASUR:***

Il presente avviso è pubblicato sul sito dell'Asur Marche - Bandi di gara – Indagini di mercato

Il Responsabile del Procedimento è la dott. ssa Anna Severi tel 0721/1932782 – 0721/1932773

***N.B.:***

La manifestazione di interesse non comporta l'instaurazione di posizioni giuridiche od obblighi negoziali nei confronti dell'ASUR. L'ASUR si riserva la possibilità di sospendere, modificare o annullare, in tutto o in parte, il procedimento avviato senza che gli operatori economici che abbiano manifestato interesse possano vantare alcuna pretesa.

Il Dirigente U.O.C. Supporto all'Area Acquisti e Logistica AV1  
Dott.ssa Anna Severi

(ragione sociale dell'operatore economico)

All'Azienda Sanitaria Unica Regionale – Area Vasta 1  
Area Acquisti e Logistica  
via Ceccarini, 38  
61032 Fano  
PEC: areavasta1.asur@emarche.it

OGGETTO: Manifestazione di interesse a presentare offerta per l'affidamento del "SERVIZIO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE"

---

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
in qualità di <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_ dell'operatore economico \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ partita IVA \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_

**chiede** di essere invitato a presentare offerta per il servizio in oggetto.

Ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 e s. m. e i., consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

**dichiara:**

- di non trovarsi in alcuna delle situazioni che configurano motivi di esclusione dalle procedure di affidamento di contratti pubblici ai sensi dell'art. 80 del D. Lgs. 50/2016;
- di essere in possesso dei requisiti di idoneità professionale di cui all'art. 83 c. 1 lett. a) del D. Lgs. 50/2016 ovvero iscrizione nel registro della CCIAA per attività coerente con l'oggetto dell'affidamento della presente indagine;

**autorizza**, per qualsiasi comunicazione, l'utilizzo dei seguenti recapiti:

- indirizzo postale: \_\_\_\_\_
- fax: \_\_\_\_\_
- e-mail: \_\_\_\_\_
- posta elettronica certificata (PEC): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(timbro dell'operatore economico  
e firma del legale rappresentante)

Si allega copia fotostatica, fronte e retro, di un documento di identità del sottoscrittore, in corso di validità.

---

<sup>1)</sup> Presidente, Amministratore delegato, procuratore, socio in caso di S.n.c., socio accomandatario in caso di S.a.s.