

PROCEDURA E PROVVEDIMENTO DI AFFIDAMENTO
PER ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI DI IMPORTO INFERIORE AD EURO 75.000,00
IVA ESCLUSA
(Ai sensi della Determina n. 49 ASUR/DG del 27/01/2021)

Pratica U.O.S.D. FARMACIA SENIGALLIA

Numero ID **37-DM/2023**

Data: **08/03/2023**

U.O. RICHIEDENTE

AST ANCONA – MARCHE – U.O.S.D FARMACIA SENIGALLIA (Nr. **37-DM/2023** /
Data richiesta **08/03/2023**) **PER RICHIESTA**

Sezione A (Istruttoria e indizione)

OGGETTO

DM – CORIOS SOCIETA' COOPERATIVA

CIG

Z0C3A4703C

CARATTERISTICHE TECNICHE

**ACQUISTO IN ECONOMIA – DISPOSITIVI MEDICI - DITTA CORIOS SOCIETA'
COOPERATIVA**

IMPORTO MASSIMO STIMATO (compresa ogni forma di opzioni e/o rinnovo, IVA esclusa)

5.000,00

COPERTURA CONTABILE (Autorizzazione / Sub Autorizzazione / Numero di conto)

Autorizzazione nr. _10 Sub. __01 _ Numero di Conto ___0501130101

MODALITA' DI AFFIDAMENTO: Art. 36 c. 2 lett a) del D.Lgs. 50/16; Art. 36 c. 2 lett b) del D.Lgs. 50/16

1. <input type="checkbox"/> CONSIP	2. <input type="checkbox"/> MEPA	3. <input checked="" type="checkbox"/> ALTRO:
------------------------------------	----------------------------------	---

3.1 AFFIDAMENTO DIRETTO conseguente a:

3.1.1 INDAGINE DI MERCATO

3.1.2 ESCLUSIVITA'/INFUNGIBILITA' TECNICA

3.2 GARA INFORMALE

L'ISTRUTTORE	IL DIRIGENTE/RUP
--------------	------------------

Il Dirigente Responsabile
U.O.S.D. Farmacia Senigallia
Dott.ssa *Romina Macchini*

Sezione B (svolgimento procedura affidamento)

1. MODALITA' INDIVIDUAZIONE OPERATORI DA CONSULTARE (se pertinente)

Consultazione informale; Pubblicazione avviso; Consultazione diretta (richiesta scritta preventivi/offerte preliminari); Consultazione elenco operatori economici Mepa; Altro (specificare):

2. OPERATORI CONSULTATI (se pertinente)

DITTA CORIOS SOCIETA' COOPERATIVA

3. OPERATORI INVITATI

--

4. OFFERTE PERVENUTE (AMMESSE/NON AMMESSE)

DITTA CORIOS SOCIETA' COOPERATIVA	
--	--

Sezione C (Esito procedura affidamento)

1. AFFIDATARIO

DITTA CORIOS SOCIETA' COOPERATIVA
--

2. IMPORTO AFFIDATO (Escluse opzioni/rinnovi)

5.000,00

3. DURATA INIZIALE DEL CONTRATTO (Escluse opzioni/rinnovi)

1 ANNO

4. EVENTUALI OPZIONI

--

5. MOTIVAZIONE

5.1 <input checked="" type="checkbox"/> MOTIVAZIONE SINTETICA	5.2 <input type="checkbox"/> VERBALE SINTETICO ALLEGATO
---	---

<p>MOTIVAZIONE SINTETICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Esempio: congruità tecnica, di eventuali caratteristiche migliorative offerte, della congruità economica in rapporto alla qualità della prestazione. <p><i>In caso di assenza di pluralità di preventivi, la congruità economica potrebbe essere stata verificata mediante:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ alla comparazione dei listini di mercato; ➤ alla comparazione di offerte precedenti per commesse identiche o analoghe ➤ all'analisi dei prezzi praticati ad altre amministrazioni.

6. Direttore dell'esecuzione del contratto (DEC): _____

Con la sottoscrizione della scheda i firmatari dichiarano che non sussistono situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse.

L'ISTRUTTORE	IL DIRIGENTE/RUP
--------------	------------------

Il Dirigente Responsabile
 U.O.S.D. Farmacia Senigallia
 Dott.ssa *Romina Marchetti*



LUOGO E DATA
 SENIGALLIA 08/03/2023