

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 **144-DM/2023**

Data: **23/11/2023**

U.O. RICHIEDENTE

AST ANCONA – MARCHE – U.O.S.D FARMACIA SENIGALLIA (Nr. **144-DM/2023** /  
Data richiesta **23/11/2023**) PER RICHIESTA SPECIFICA DI REPARTO E PER  
DEPOSITO MAGAZZINO FARMACEUTICO

Sezione A (Istruttoria e indizione)

OGGETTO

**DM – DITTA TELEFLEX MEDICAL SRL**

CIG

**Z4B3A1F920**

CARATTERISTICHE TECNICHE

**ACQUISTO IN ECONOMIA – DITTA TELEFLEX MEDICAL SRL**

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

**25.000,00**

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.  CONSIP

2.  MEPA

3.  ALTRO:

3.1  AFFIDAMENTO DIRETTO conseguente a:

3.1.1  INDAGINE DI MERCATO

**Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona**

Sede Legale: Viale Cristoforo Colombo 106 - 60127 Ancona  
C.F. e P.IVA 02938930423


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 Maddaleni



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 TELEFLEX MEDICAL SRL

3. OPERATORI INVITATI

4. OFFERTE PERVENUTE (AMMESSE/NON AMMESSE)

DITTA TELEFLEX MEDICAL SRL

Sezione C (Esito procedura affidamento)

1. AFFIDATARIO

DITTA TELEFLEX MEDICAL SRL

2. IMPORTO AFFIDATO (Escluse opzioni/rinnovi)

25.000,00
-----------

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"> <li>➤ Esempio: congruità tecnica, di eventuali caratteristiche migliorative offerte, della congruità economica in rapporto alla qualità della prestazione.</li> </ul> <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"> <li>➤ alla comparazione dei listini di mercato;</li> <li>➤ <b>alla comparazione di offerte precedenti per commesse identiche o analoghe</b></li> <li>➤ all'analisi dei prezzi praticati ad altre amministrazioni.</li> </ul>
---

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 Maddaleni



LUOGO E DATA  
 SENIGALLIA 23/11/2023