

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 **186-DM/2023**

Data: **07/12/2023**

U.O. RICHIEDENTE

AST ANCONA – MARCHE – U.O.S.D FARMACIA SENIGALLIA (Nr. **186-DM/2023** /  
Data richiesta **07/12/2023**) PER DEPOSITO MAGAZZINO FARMACEUTICO

Sezione A (Istruttoria e indizione)

OGGETTO

**DM – DITTA ICU MEDICAL EUROPE SRL**

CIG

**Z1E3DA865D**

CARATTERISTICHE TECNICHE

**ACQUISTO IN ECONOMIA – DITTA ICU MEDICAL EUROPE SRL**

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

**30.000,00**

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 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 ICU MEDICAL EUROPE SRL

3. OPERATORI INVITATI

4. OFFERTE PERVENUTE (AMMESSE/NON AMMESSE)

DITTA ICU MEDICAL EUROPE SRL

Sezione C (Esito procedura affidamento)

1. AFFIDATARIO

DITTA ICU MEDICAL EUROPE SRL

2. IMPORTO AFFIDATO (Escluse opzioni/rinnovi)

30.000,00
-----------

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 Maddalena*


LUOGO E DATA  
**SENIGALLIA 07/12/2023**