

PROCEDURA E PROVVEDIMENTO DI AFFIDAMENTO  
PER ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI DI IMPORTO INFERIORE AD EURO 40.000,00 IVA ESCLUSA  
(Ai sensi della Determina n. 450ASUR/DG2018)

Pratica U.O.C. FARMACIA TERRITORIALE

Numero ID \_\_\_\_\_

Data: 29/12/2023

U.O. RICHIEDENTE

SFT CIVITANOVA MARCHE	(Nr. _____ / Data richiesta <u>29/12/2023</u> )
-----------------------	---

Sezione A (Istruttoria e indizione)

OGGETTO

VACCINI DITTA GLAXOSMITHKLINE SPA
-----------------------------------

CIG

Z123E06DF4
------------

CARATTERISTICHE TECNICHE

BOOSTRIX €11.10 ENGERIX 10 € 9.40936 ENGERIX B. € 13 HAVRIX AD € 25.16363 TWINRIX AD € 29.34
--

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

39.000 €
----------

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

Autorizzazione AV3FARM 2023 Nr. 5 Sub. 1 Conto economico 0501050101
---


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

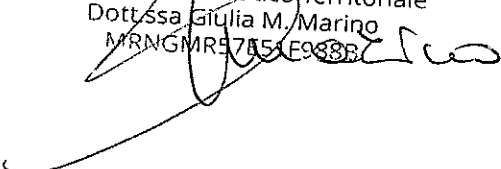
1. CONSIP	2. MEPA	3. ALTRO: _____
-----------	---------	-----------------

3.1 X AFFIDAMENTO DIRETTO conseguente a: 3.1.1 INDAGINE DI MERCATO 3.1.2 X ESCLUSIVITA'/INFUNGIBILITA' TECNICA
--

3.2 GARA INFORMALE
--------------------

IL RUP 	IL DIRIGENTE
---	--------------


**AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI MACERATA**  
**DIRETTORE**  
 Servizio Farmaceutico Territoriale  
 Dott.ssa Giulia M. Marino  
 MRNGMRS785F988B



Sezione B (svolgimento procedura affidamento)

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

Consultazione informale;	Pubblicazione avviso; <input checked="" type="checkbox"/> Consultazione diretta (richiesta scritta preventivi/offerte preliminari);	Consultazione elenco operatori economici Mepa; Altro (specificare):

2. OPERATORI CONSULTATI (se pertinente)

GLAXOSMITHKLINE
-----------------

3. OPERATORI INVITATI

GLAXOSMITHKLINE
-----------------

4. OFFERTE PERVENUTE (AMMESSE / NON AMMESSE)

GLAXOSMITHKLINE	
-----------------	--

Sezione C (Esito procedura affidamento)

1. AFFIDATARIO

GLAXOSMITHKLINE
-----------------

2. IMPORTO AFFIDATO (Escluse opzioni/rinnovi)

39.000 €
----------

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

Data iniziale: 29/12/2023 Data finale:
---

4. EVENTUALI OPZIONI

--

5. MOTIVAZIONE

5.1 MOTIVAZIONE SINTETICA	5.2 VERBALE SINTETICO ALLEGATO
---------------------------	--------------------------------

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

IL RUP 	IL DIRIGENTE 
------------	------------------

LUOGO E DATA Civitanova, 29/12/2023

**AST** AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI MACERATA  
 DIRETTORE  
 Servizio Farmaceutico Territoriale  
 Dott.ssa Giulia M. Marone  
 MRNGMR57E51F988B