

0048909|16/04/2024|AST-MC|MCPROV|P

**AVVISO PUBBLICO DI INDAGINE DI MERCATO CON RICHIESTA DI PREVENTIVI finalizzata ad affidamento diretto mediante Trattativa Diretta MePA (ai sensi dell'art. 50 comma 1, lettera b) del D.L. n. 36/2023)
FORNITURA DI LETTI DA DEGENZA OLEODINAMICI da destinare al DIPARTIMENTO di PSICHIATRIA dell'AST MACERATA**

L'AST Macerata intende effettuare, con il presente avviso, un'indagine di mercato al fine di acquisire manifestazioni di interesse e preventivi per l'affidamento mediante Trattativa Diretta su Mepa, rivolta all'O.E. selezionato, per la FORNITURA DI LETTI OLEODINAMICI da destinare al DIPARTIMENTO di PSICHIATRIA dell'AST MACERATA, ai sensi dell'art. 50 comma 1, lettera b) del D.L. n. 36/2023

DESCRIZIONE DELLA FORNITURA E INFORMAZIONI COMPLEMENTARI

Nello specifico, l'indagine di mercato è finalizzata ad acquisire preventivi relativi alla fornitura di:

N. 15 LETTI DA DEGENZA OLEODINAMICI aventi le seguenti caratteristiche di minima:

- LETTO OLEODINAMICO A QUATTRO SEZIONI, DI CUI N. 3 SNODATE E N. 1 FISSA CENTRALE,
- DIMENSIONE DEL PIANO RETE DI CIRCA CM 200 X 85.
- INGOMBRO TOTALE CM 220X980 CIRCA
- ALTEZZA INDICATIVA DEL PIANO RETE: CM 40-80 CIRCA
- PESO DEL LETTO SENZA ACCESSORI: CIRCA 100 KG
- CARICO LAVORO SICURO AMMESSO: ALMENO 250 kg
- PIANO DI CORICAMENTO DI RETE IN MAGLIA DI ACCIAIO ZINCATO, SANIFICABILE, PRIVO DI SPIGOLI E CON SISTEMA FERMA MATERASSO
- RUOTE PIROETTANTI, ANTISTATICHE, DI DIAMETRO DI CIRCA 125 MM COLLEGATE CON COMANDO CENTRALIZZATO A PEDALE BILATERALE CHE PERMETTA TRE FUNZIONI DI MOVIMENTO: BLOCCO COMPLETO - MOVIMENTO MONODIREZIONALE - MOVIMENTO MULTIDIREZIONALE
- SPONDE LATERALI A COMPASSO AMMORTIZZATE, A CONTENIMENTO TOTALE, CON SISTEMA DI BLOCCO ESTERNO NON ACCESSIBILE AL PAZIENTE, AMOVIBILI A NECESSITA' E UNA VOLTA ABBASSATE DEVONO POSIZIONARSI SOTTO IL PIANO LETTO AL FINE DI NON OSTACOLARE LE CORRETTE OPERAZIONI DA PARTE DEGLI OPERATORI
- SCHIENALE DOTATO DI MOVIMENTO DI ROTO-TRASLAZIONE
- REGOLAZIONE IN ALTEZZA OTTENUTA TRAMITE PEDALE POSTO SU AMBO I LATI DEL LETTO, CON SOLLEVAMENTO DI ALMENO 220 KG
- SCHIENALE E FEMORALE REGOLABILI TRAMITE COMANDO A GAS AD AZIONE GRADUALE POSTE SU AMBO I LATI
- IL MOVIMENTO DI TRENDELENBURG E CONTROTRENDELENBURG REGOLATO DA UN DISPOSITIVO MECCANICO DI SICUREZZA SERVOASSISTITO DA MOLLA A GAS
- ZONA GAMBALE REGOLABILE MANUALMENTE MEDIANTE CREMAGLIERE CON MECCANISMO DI SICUREZZA PER EVITARE LA CONTROROTAZIONE NEGATIVA DEL GINOCCHIO.
- TESTATA E PIEDIERA LETTO FACILMENTE RIMOVIBILI
- SU AMBO I LATI DEL TELAIO PRESENZA DI BARRA PORTA ACCESSORI (DRENAGGI)
- ASTA SOLLEVA MALATI
- ASTA PORTAFLEBO TELESCOPICA E SAGOMATA, REALIZZATA IN ACCIAIO E PROVISTA DI N. 4 GANCI. L'ASTA DEVE ESSERE POSIZIONABILE INDIFFERENTEMENTE AI 4 ANGOLI DEL LETTO IN APPOSITE SEDI

conforme a: REGOLAMENTO UE 2017/745 – NORME TECNICHE UNI CEI60601-2-52 – CERTIFICAZIONI ISO 9001-2015-ISO 14001-2015-ISO 13485-2016

Il rispetto delle normative applicabili all'oggetto del presente appalto dovrà evidenziarsi dalle schede tecniche e/o dichiarazioni di conformità e/o certificazioni allegate all'offerta presentata dall'Impresa partecipante.

N. 1 LETTO DA DEGENZA OLEODINAMICO BARIATRICO avente le medesime caratteristiche di minima sopra indicate ma con ingombro e dimensioni adeguate e con carico di sollevamento e lavoro sicuro di circa 400Kg:

LA FORNITURA DEVE ESSERE COMPRENSIVA DI:

servizi di consegna, installazione, assistenza tecnica di tipo Full Risk post vendita in regime di garanzia (durata 24 mesi) e formazione al corretto utilizzo dei dispositivi offerti per il personale sanitario e tecnico.

REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

Possono partecipare alla presente indagine di mercato i soggetti che siano in possesso dei seguenti requisiti:

- assenza delle cause di esclusione di cui agli artt. art. 94, 95, 96, 97, 98 e 100 del D.Lgs.vo n. 36/2023 s.m.i,
- iscrizione alla CCIAA nel Registro delle Imprese per attività coerenti all'oggetto dell'appalto o in appositi albi o registri.

Nel caso di operatore non tenuto all'obbligo di cui al precedente periodo, deve essere resa dichiarazione del legale rappresentante resa in forma di autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000 con la quale si dichiara l'insussistenza del suddetto obbligo (se del caso andrà effettuata apposita dichiarazione dell'eventuale iscrizione in specifici albi). L'idoneità professionale è data dalla coerenza tra finalità o attività previste negli atti costitutivi (statuto, atto costitutivo) e quelle oggetto della presente procedura

- pregressa attività nel settore oggetto del presente avviso nell'ultimo triennio (da autodichiarare) con indicazione delle strutture pubbliche/private dove sono state effettuate le forniture.
- iscrizione alla piattaforma MePA

MODALITA' DI PARTECIPAZIONE E PRESENTAZIONE DEL PREVENTIVO

I soggetti in possesso dei requisiti generali di partecipazione agli appalti pubblici come stabilito dal D.Lgs. 36/2023, e di idoneità come sopra esplicitato, che intendano partecipare alla presente indagine di mercato, dovranno far pervenire istanza **via pec** (all'indirizzo seguente: ast.macerata@emarche.it) entro il giorno **23/04/2024**, indirizzata a: **AST Macerata – UOC Acquisti e Logistica, Via Annibaldi 31/L - 62100 Piediripa, Macerata - pec: ast.macerata@emarche.it, all'attenzione del RUP Dott.ssa Dalmiglio Barbara, avente ad oggetto: "FORNITURA DI LETTI DA DEGENZA OLEODINAMICI da destinare al DIPARTIMENTO di PSICHIATRIA dell'AST MACERATA".**

Le istanze dovranno essere costituite dalla seguente documentazione:

- Dichiarazione sostitutiva ai sensi del DPR 445/2000, come da modello allegato A in calce
- Scheda tecnica di ciascun prodotto offerto
- Copia del documento di certificazione CE applicabile;
- Certificazione di conformità a norme nazionali e internazionali e direttive, se non già contenuto nella certificazione di cui al punto precedente, ove applicabili.
- Preventivo di offerta economica (avente validità almeno 180 giorni) per la fornitura richiesta e descritta nel presente avviso.
- Dichiarazione sostitutiva di congruità resa ai sensi del DPR 445/2000, attestante che i prezzi offerti nella presente procedura sono congrui (cioè migliorativi o comunque in linea) con i prezzi praticati presso altre strutture sanitarie ed in tale ambito si forniscono almeno 2 quotazioni, cioè i prezzi IVA esclusa praticati presso Aziende Sanitarie Pubbliche o Private e che i prezzi offerti rispettano, ove disponibili, i prezzi di riferimento pubblicati sul sito dell'A.N.A.C.: (Allegato B in calce).

Le dichiarazioni rese - in conformità al DPR n. 445/00 e al D.Lgs. n.82/2005 – e l'offerta economica – redatte tutte in lingua italiana – devono essere sottoscritte a pena di non ammissibilità dal rappresentante legale del partecipante o altro soggetto dotato del potere di impegnare contrattualmente il partecipante stesso. In caso di procuratore, occorre indicare gli estremi della procura.

La sottoscrizione dovrà essere con firma digitale o con firma autografa se corredata da copia non autenticata di un documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore.



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche
**Azienda Sanitaria Territoriale
di Macerata**

U.O.C. Acquisti e Logistica
**Il Dirigente Responsabile
Dott.ssa Zelinda Giannini**

Recapiti
Tel. 07332572606
Mail: acquisti.ast.mc@sanita.marche.it
pec: ast.macerata@emarche.it

MODALITA' DI ANALISI DEI PREVENTIVI

L'Amministrazione, ai fini dell'individuazione dell'operatore economico con il quale procedere a trattativa diretta sulla piattaforma Mepa per l'affidamento diretto della fornitura, procederà ad esaminare la documentazione ed i preventivi presentati, entro il termine di scadenza, da tutti i soggetti che posseggano i requisiti generali e speciali richiesti ed in conformità ai requisiti essenziali della fornitura come espressi nel presente avviso.

La scelta dell'operatore economico da invitare a trattativa Mepa Consip avverrà tenendo conto della **conformità ai requisiti richiesti**, quindi si procederà a valutare i **migliori tempi di consegna** e la **competitività economica dell'offerta**.

Nel caso pervenga un'unica manifestazione di interesse e preventivo, questa Amministrazione si riserva la facoltà di procedere alle ulteriori fasi della procedura di affidamento con l'unico operatore partecipante, previa valutazione dell'offerta in termini di conformità a quanto richiesto e congruità del preventivo.

Il presente avviso è finalizzato esclusivamente all'acquisizione di manifestazioni di interesse e preventivi per l'avvio di una procedura di affidamento diretto tramite trattativa sulla piattaforma Mepa del servizio in argomento, nel rispetto dei principi di efficacia, efficienza, economicità, correttezza, non discriminazione, parità di trattamento, proporzionalità e trasparenza, con garanzia della qualità delle prestazioni in relazione alle specifiche esigenze dell'Amministrazione.

L'Amministrazione si riserva, pertanto, la facoltà in qualsiasi momento, a suo insindacabile giudizio, di sospendere, modificare o annullare la presente indagine.

La presente indagine di mercato non vincola in alcun modo l'AST di Macerata che si riserva, pertanto, di procedere o meno all'avvio della formale procedura di scelta del contraente nel rispetto delle vigenti norme di legge.

I dati raccolti saranno trattati ai sensi dell'art. 13 della Legge 196/2003 e del GDPR 2016/679 esclusivamente nell'ambito della presente procedura.

Eventuali chiarimenti potranno essere richiesti, solo per iscritto, al RUP Dott.ssa Dalmiglio Barbara tel. 0733894739 (email: barbara.dalmiglio@sanita.marche.it) dell'AST di Macerata – U.O.C. Acquisti e Logistica AST.

U.O.C. Acquisti e Logistica

Il Rup Dott.ssa Dalmiglio Barbara



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche
**Azienda Sanitaria Territoriale
di Macerata**

U.O.C. Acquisti e Logistica
Il Dirigente Responsabile
Dott.ssa Zelinda Giannini

Recapiti
Tel. 07332572606
Mail: acquisti.ast.mc@sanita.marche.it
pec: ast.macerata@emarche.it

ALLEGATO A - DICHIARAZIONE SEMPLIFICATA AI SENSI DEL DPR 445/00

Al RUP: Dott.ssa Dalmiglio Barbara
U.O.C. Acquisti e Logistica – AST Macerata
Pec: ast.macerata@emarche.it

Oggetto:

DICHIARAZIONE (Ai sensi dell'art. 46 , 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il sottoscritto nato a il / / residente in Via n. in qualità di Titolare/Legale rappresentante dell'Operatore Economico (*denominazione e ragione sociale*) con sede legale in (), Via , n. , Codice Fiscale , P.ta IVA (mail) (telefono ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/00, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste di cui all'art.76 del D.P.R. 445/00

chiede di partecipare alla procedura in oggetto ed a tal fine DICHIARA sotto la propria responsabilità

- di non versare nelle cause di esclusione dagli appalti pubblici previste art. 94, 95, 96, 97, 98 e 100 del D.Lgs.vo n. 36/2023 s.m.i e di possedere tutti i requisiti previsti e richiesti per la partecipazione alla presente procedura;
- di essere iscritto al MEPA di Consip;
- di autorizzare, in conformità a quanto indicato nella procedura di cui all'oggetto e più in generale quanto previsto dal D.Lgs. n. 196/03 e dal Regolamento UE 2016/679, il trattamento dei suoi dati personali;
- di essere edotto e di impegnarsi a rispettare e far rispettare ai propri dipendenti e collaboratori gli obblighi derivanti dal codice di comportamento adottato dall'Azienda Sanitaria Unica Regionale delle Marche con la determinazione 795 del 21/11/2014, disponibile all'indirizzo internet <http://www.asur.marche.it>;
- di essere edotto e di impegnarsi a rispettare e far rispettare ai propri dipendenti e collaboratori il patto di integrità in materia di contratti pubblici avente ad oggetto beni e servizi approvato dalla stazione appaltante con determina n. 697 del 21/11/2016, messo a disposizione dall'Azienda Sanitaria Unica Regionale delle Marche all'indirizzo internet <http://www.asur.marche.it> ;
- di accettare la ricezione di tutte le comunicazioni inerenti il procedimento al seguente indirizzo (PEC obbligatorio) [redacted];
- che l'offerta presentata è allineata alle condizioni praticate alle altre strutture del SSN

Data [redacted] TIMBRO E FIRMA DEL DICHIARANTE [redacted]

*La presente dichiarazione dovrà essere sottoscritta da parte del soggetto dichiarante in forma digitale o in forma olografa in tal caso si dovrà allegare documento di identità valido

Allegato B – DSAN di congruità

Spett.le AST Macerata
UOC Acquisti e Logistica
Via Domenico Annibaldi, 31/L-
Frazione di Piediripa - 62100 Macerata

OGGETTO:

Il/la sottoscritto/a ¹.....
(Cognome e nome)

nato/a il..... a

in qualità di.....

(selezionare l'opzione d'interesse barrando la casella corrispondente)

A) Legale rappresentante (allegare copia fotostatica del documento)

B) Procuratore legale del rappresentante (allegare a **pena di esclusione**, copia conforme all'originale della relativa procura, e copia fotostatica del documento²)

del/della

(Impresa/Società/Consorzio/Società Cooperativa)

¹ Per gli operatori economici con idoneità plurisoggettiva non ancora costituiti (raggruppamento temporaneo, consorzio ordinario, Geic), il presente modulo dovrà essere sottoscritto congiuntamente da tutti gli operatori economici partecipanti ripetendo e compilando per ogni componente le informazioni iniziali contenenti i dati generali identificativi di ciascun operatore economico; in alternativa è possibile che ciascun operatore economico rediga e sottoscriva separatamente il presente modulo da allegare alla busta contenente la documentazione amministrativa.

² La procura allegata ad una delle dichiarazioni sarà considerata valida anche ai fini delle altre dichiarazioni.



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Marche
**Azienda Sanitaria Territoriale
di Macerata**

U.O.C. Acquisti e Logistica
**Il Dirigente Responsabile
Dott.ssa Zelinda Giannini**

Recapiti
Tel. 07332572606
Mail: acquisti.ast.mc@sanita.marche.it
pec: ast.macerata@emarche.it

***ripetere quanto sopra in caso di più firmatari/dichiaranti**

N.B. Per gli operatori economici con idoneità plurisoggettiva non ancora costituiti (Raggruppamento Temporaneo di Imprese, Consorzio ordinario non ancora costituiti, ecc.) la tabella andrà ripetuta per ciascun operatore economico partecipante.

Partecipa\partecipano alla procedura, in modalità telematica, per l'affidamento in oggetto e tal fine

DICHIARA/DICHIARANO

che i prezzi offerti nella presente procedura sono congrui (cioè migliorativi o comunque in linea) con i prezzi praticati presso altre strutture sanitarie ed in tale ambito si forniscono di seguito almeno 2 quotazioni, cioè i prezzi IVA esclusa praticati presso Aziende Sanitarie Pubbliche o Private.

Codice Servizio / Prodotto (ove applicabile)	Descrizione Bene / Servizio	Prezzo in € iva esclusa	Periodo / Anno di riferimento	Denominazione Struttura SSN

(ove applicabile) Si dichiara altresì che i prezzi offerti rispettano ove disponibili i prezzi di riferimento pubblicati sul sito dell'A.N.A.C.

ATTENZIONE DEVONO PRESENTARE LA PRESENTE DICHIARAZIONE:

-Il concorrente singolo; In caso di RTI/consorzio ordinario: tutti gli operatori economici che concorrono; In caso di Consorzio stabile: il consorzio e tutti gli operatori consorziati per cui il consorzio concorre; -[eventuale] L'impresa ausiliaria solo se esegue direttamente i servizi, a seguito dell'avvalimento di titoli di studio e professionali ovvero di esperienze professionali pertinente, laddove richiesti per la partecipazione dal disciplinare di gara.

Luogo e data _____

FIRMA DEL DICHIARANTE

[inserire: Nome e Cognome]

*La presente dichiarazione dovrà essere sottoscritta da parte del soggetto dichiarante in forma digitale o in forma olografa in tal caso si dovrà allegare documento di identità valido