

UOC Acquisti e Logistica –
Largo Belvedere R. Sanzio 1
62100 Macerata (MC) –
Tel. 0733.2572625 / Fax 0733/2572670
Pec: areavasta3.asur@emarche.it

Protocollo e Data

0011640/01/02/2017/ASUR AV3/HCPREV

AVVISO PUBBLICO

Pubblicazione Profilo committente dal 01/02/2017 al 15/02/2017

Spett.li OPERATORI ECONOMICI

OGGETTO: INDAGINE DI MERCATO
PER LA FORNITURA DI KIT MONOUSO PER MAMMOTONE PER L'ASUR AREA VASTA 3 DI MACERATA

Si informa che l'ASUR MARCHE, Area Vasta 3 Macerata con il presente avviso intende procedere allo svolgimento di un'indagine di mercato in relazione all'oggetto di appalto sotto descritto, allo scopo di valutare l'esistenza di una situazione di esclusività nel mercato, e quindi verificare l'eventuale esistenza di più operatori in grado di soddisfare in modo idoneo il fabbisogno dell'Amministrazione.

SEZIONE I: Amministrazione aggiudicatrice

Azienda Sanitaria Unica Regionale (anche ASUR), Via Guglielmo Oberdan 2 - Ancona (AN) – 60122. **Punti di contatto:** ASUR Marche Area Vasta 3 - Belvedere R. Sanzio, 1 - 62100 Macerata - UOC Acquisti e Logistica – Direttore: Carlo Spaccia - **Rup: Dott. Massimiliano Carpineti** - Tel. 0733/2572625 - Telefax 0733/2572670. E-mail: massi.carpineti@sanita.marche.it; Amministrazione aggiudicatrice (URL): www.asur.marche.it

SEZIONE II. Oggetto

Per garantire le attività istituzionali e le connesse attività diagnostiche l'Amministrazione ha necessità dei seguenti Beni/ Servizi:

Fornitura di kit monouso per Mammotome - Control Module WITH SMART VAC – THICON Endo-SURGERY – Johnson & Johnson Company - da destinare all'Unità Operativa di Diagnostica per Immagini della Struttura Sanitaria di Macerata.

lotto unico

CND	RDM	Cod. Prodotto	Descrizione
Kit stereotassico 11g per Mammotome così composto:			
A01020102	471501	MST11B	Sonda monouso 11 g punta protetta per ST
A060102	471509	MVAC1	Set monouso di tubi per ST
K0199	471370	G011F	Guida per sonda da 11 g
A06030401	474814	B1605	Contenitore per fluidi da 1200 cc
A019012	510067	MAM3001	Marcatore tissutale da 11 g

Numero prestazioni richieste: n. 70 annue.

Importo complessivo presunto € 36.400,00 + IVA 22%.

Durata: 12 mesi.

SEZIONE III. Informazioni di carattere giuridico, economico, finanziario e tecnico

Possono partecipare alla presente consultazione tutti i soggetti di cui all'art. 45 del D.Lgs. 50/2016 che siano in possesso dei seguenti requisiti:

Requisiti Generali (art. 80 del D. Lgs 50/2016):

a) Assenza di cause di esclusione alla partecipazione a procedure di appalto;

Requisiti di idoneità professionale (art. 83 c.3 D. Lgs. 50/2016)

- a) Iscrizione nel registro della camera di commercio, industria, artigianato e agricoltura o nel registro delle commissioni provinciali per l'artigianato, o presso i competenti ordini professionali
- b) Possesso dei requisiti di idoneità tecnico professionale previsti art. 26 comma 1 lettera a) del D.Lgs. 81/08 e le autorizzazioni necessarie all'espletamento dell'appalto;

Requisiti di capacità tecnico professionali (art. 83 c.3 D. Lgs. 50/2016)

- a) Di aver eseguito, nell'anno in corso o precedente almeno servizi/forniture analoghe per importo pari all'importo presunto presso almeno 1 struttura ospedaliera pubblica e/o privata.

SEZIONE VI: Altre informazioni

Eventuali informazioni possono essere chieste al RUP sopra indicato; **la manifestazione di interesse deve essere inviata** all'attenzione del RUP dell'U.O. Acquisti e Logistica – Area Vasta 3 di Macerata, avendo altresì cura di inserire nell'oggetto i seguenti riferimenti **“INDAGINE DI MERCATO per [Specificare l'oggetto, numero del Protocollo e data del presente avviso pubblico], a mezzo PEC areavasta3.asur@emarche.it entro e non oltre il giorno 15/02/2017 ore 24:00** e deve contenere la seguente documentazione, firmata dal legale rappresentante in modalità digitale oppure, in alternativa, in forma olografa con allegazione di copia del documento di identità personale:

1. **Dichiarazione ai sensi del DPR 445/2000 circa il possesso dei requisiti generali di cui all'art.80 D.Lgs. 50/2016 e di idoneità professionale di cui all'art. 83 del D.Lgs. 50/2016 e quanto richiesto nel facsimile predisposto dall'Amministrazione (vedi Allegato Dichiarazione) e;**
2. **proposta tecnica, comprensiva di descrizione delle prestazioni offerte e comprovante il possesso delle specifiche tecniche minime ai sensi dell'art. 68 D.Lgs. 50/2016, se pertinente;** l'operatore economico deve dimostrare con qualsiasi mezzo appropriato, compresi i mezzi di prova di cui all'art. 86 che la soluzione proposta ottempera in maniera equivalente ai requisiti definiti dalle specifiche tecniche.
In particolare per la presente consultazione la Documentazione tecnica da allegare è la seguente:
 - ✓ Relazione di presentazione dei prodotti offerti (massimo 8 pagine).
 - ✓ Scheda tecnica di ciascun dispositivo/accessorio offerto.
 - ✓ Certificazioni di conformità a norme nazionali e internazionali e direttive (se del caso)
 - ✓ Attestazioni di registrazione dei prodotti offerti al Repertorio dei Dispositivi Medici (D.M. 20/02/2007, D.M. 21/12/2009), se necessari.
 - ✓ Depliant illustrativi e/o documentazione scientifica (se del caso).
3. **proposta economica, comprensiva di prezzi unitari e importo complessivo presunto riferito alle quantità ed alla durata sopra indicati secondo lo schema allegato.**

E' facoltà della Stazione Appaltante

- chiedere chiarimenti o approfondimenti in relazione alla documentazione ricevuta, anche mediante incontri diretti con i candidati idonei in relazione alla proposta tecnica presentata. Degli eventuali incontri sarà tenuta debita verbalizzazione.
- Richiedere se pertinenti una visione/prova pratica e/o una campionatura.

Esiti dell'indagine: L'ASUR Marche Area Vasta 3, anche in esito alla presente indagine di mercato, in caso di importo complessivo presunto inferiore alla soglia di cui all'art. 36 comma 2 lett. a) si riserva di procedere a successivi affidamenti diretti o di procedere a negoziazione, anche diretta mediante utilizzo dei seguenti criteri elencati, se pertinenti, in ordine di priorità: 1) massimo pregio tecnico complessivo ed offerta economica preliminare inferiore all'importo presunto; 2) Convenienza dell'offerta economica preliminare a parità di pregio tecnico; 3) Rotazione; 4) Sorteggio.

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali”, con la

partecipazione alla presente procedura il concorrente acconsente ed autorizza espressamente al trattamento dei dati personali nel rispetto della Legge 196/03.

Nr. 2 allegati:

- **Allegato Schema di proposta economica.**
- **Allegato Dichiarazione**

Il Responsabile del Procedimento

Dott. Massimiliano Caspineti

IL DIRETTORE U.O.C. Acquisti e Logistica

Dott. Carlo SPACCA

ALLEGATO Schema di proposta economica

Il sottoscritto nato a (.....) il
residente a in via
n. nella sua qualità di rappresentante legale della ditta
con sede in
presenta a Codesta Area Vasta 3 di Macerata la seguente offerta

CND	RDM	Cod. Prodotto	Descrizione	q.tà	Importo Unitario	Importo complessivo
N/A	N/A	CKBCBULK046S	Kit stereotassico 1 l g per Mammotome			
A01020102	471501	MST11B	Sonda monouso 1 l g punta protetta per ST			
A060102	471509	MVAC1	Set monouso di tubi per ST			
K0199	471370	G011F	Guida per sonda da 1 l g			
A06030401	474814	B1605	Contenitore per fluidi da 1200 cc			
A019012	510067	MAM3001	Marcatore tissutale da 1 l g			
Totale complessivo fornitura						

I costi relativi alla sicurezza (rischi specifici), ai sensi dell'art. 95, comma 4 del D.Lgs 50/2016, inclusi nel presso offerto sono pari a

Data _____

TIMBRO E FIRMA DEL DICHIARANTE

ALLEGATO DICHIARAZIONE AI SENSI DEL DPR 445/00

Al RUP: Dott. Massimiliano Carpineti
Al Responsabile Istruttore: Federica Grasselli
U.O.C. Acquisti e Logistica – Area Vasta 3 di Macerata
Pec: areavasta3.asur@emarche.it

Oggetto:	INDAGINE DI MERCATO – PROT..... DEL - per [.....].
----------	--

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 _____ (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 D I C H I A R A sotto la propria responsabilità

- di non versare nelle cause di esclusione dagli appalti pubblici previste dell'art. 80 del D.Lgs. 50/2016 e di possedere tutti i requisiti previsti e richiesti per la partecipazione alla presente consultazione preliminare di mercato;
- di essere edotto e di impegnarsi a rispettare e far rispettare ai propri dipendenti e collaboratori gli obblighi derivanti dal codice etico 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/viewdoc.asp?CO_ID=20121
- 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/viewdoc.asp?CO_ID=24111
- Di aver eseguito, nell' anno in corso o precedente servizi/forniture analoghi per importo pari all'importo presunto a quelli in oggetto presso la\e seguente\i struttura\e ospedaliera pubblica e/o privata:

Anno	Oggetto dell'affidamento	Importo in Euro (Iva esclusa)	Committente: Denominazione Destinatario con riferimenti telefonici.	Indirizzo del Destinatario (Cap - Città)	Indirizzo pec

- di avere ricevuto l'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003;
- di accettare la ricezione di tutte le comunicazioni inerenti il procedimento al seguente indirizzo email (PEC obbligatorio) _____

Data _____ TIMBRO E FIRMA DEL DICHIARANTE _____

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

