



Servizio Sanitario Nazionale - Regione Sicilia  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AGRIGENTO**

Viale della Vittoria 321, Agrigento 92100 -  
P.I. e C.F. 02570930848

Spett.le Ditta

Prot. D.A. AG2 N.1120 DEL 29/05/2015

Fax:

**OGGETTO: Indagine di mercato al fine di:**

- 1) **accertare la presenza di Ditte abilitate ad effettuare preventivo di spesa per fornitura e installazione di n. 1 barriera automatica a sollevamento con telecomando a distanza presso il P.O. di Sciacca.**
- 2) **richiedere il relativo preventivo di spesa.**

Si informa che questa Azienda Sanitaria, sta effettuando un'indagine di mercato volta ad individuare Ditte idonee ad effettuare preventivo di spesa per la fornitura e installazione di n.1 Barriera automatica a sollevamento con telecomando a distanza presso il P.O. di Sciacca.

Per quanto sopra, si invita codesta Ditta, o qualunque altra Ditta abilitata ed idonea che ne verrà a conoscenza attraverso la pubblicazione sul sito Web Aziendale, a voler trasmettere un'offerta, entro e non oltre il giorno 15/06/2015 alle ore 12,00, mediante il Modello Allegato "A", pena l'esclusione, tramite fax (0925/962420) all'U.O.C. Servizio Provv.to Economato del P.O. di Sciacca.

Tipo apparecchiatura	QUANTITA'	
BARRIERA AUTOMATICA CON TELECOMANDO A DISTANZA	N.1 Barriera N.10 Telecomandi	

Al fine di formulare l'offerta, codesta Ditta potrà effettuare un sopralluogo - **a titolo gratuito** - presso il Presidio Ospedaliero, prendendo preventivamente i necessari contatti con il Responsabile della stessa, Dott.ssa Rosanna Dubolino o con il suo delegato, il Sig. Russo Giuseppe (tel 0925/962415).

Nell'offerta dovranno essere specificati dettagliatamente:

- ▲ indicazione delle lavorazioni con l'indicazione delle quantità e dei prezzi unitari, come da sotto elencata tabella:

Articolo	Descrizione	U.M.	Quantità	Prezz. Unit.	Totale
I.	BARRIERA AUTOMATICA CON		N.1		

	TELECOMANDO				
2.	TELECOMDANDI		N.10		

- ▲
- ▲ che devono essere effettuate secondo le normative vigenti).
- ▲ l'aliquota IVA.
- ▲ le condizioni di garanzia che devono essere non inferiori a 12 mesi , pena l'esclusione.
- ▲ la validità dell' offerta.
- ▲ è in possesso di tutti i requisiti (compresi quelli di ordine generale di cui all'art.38 del D.Lgs n°163/2006), idoneità e relative documentazioni necessarie (compresa l'iscrizione alla C.C.I.A.A. per la categoria merceologica inerente all' oggetto) secondo le vigenti norme di legge.
- ▲ è in possesso della capacità tecnico professionale di cui all'art. 42 comma 1 lettera a) del D.Lgs. 163/06.
- ▲ è in regola con il pagamento dei contributi previdenziali ed assistenziali.
- ▲ è stato effettuato il sopralluogo presso il P.O. di Sciacca .
- ▲ i prezzi e gli sconti a noi praticati sono in linea con quanto praticato ad altre Pubbliche Amministrazioni.

La presente indagine di mercato, non costituisce proposta contrattuale e non comporta alcun obbligo e/o impegno per questa Azienda, che si riserva, a suo insindacabile giudizio, di interrompere in qualsiasi momento il procedimento avviato, oppure di utilizzare i/il preventivi/o pervenuti/o per un eventuale successivo affidamento, senza che nessuno possa vantare alcuna pretesa e/o presentare reclami di nessun tipo.

Inoltre le Ditte, non dovranno pretendere nulla in termini di risarcimenti, rimborsi, indennizzi e mancati guadagni di ogni genere e a qualsiasi titolo.

La presente indagine di mercato ha carattere meramente esplorativo.

Cordiali saluti.

si allega:

- Modello Allegato "A"

IL Direttore Amministrativo

U.O.C. AG2

Avv. Rosanna Dubolino



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

## Modello Allegato "A"

Servizio Sanitario Nazionale - Regione Sicilia  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AGRIGENTO**

Viale della Vittoria 321, Agrigento 92100 -

All'ASP di Agrigento

Fax: \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante della Ditta \_\_\_\_\_  
con sede legale in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
N° \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
numero di telefono \_\_\_\_\_ numero di fax \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ partita IVA \_\_\_\_\_

dopo aver preso visione ed accettato le condizioni riportate nella nota prot. n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ avente per oggetto: *Indagine di mercato al fine di:*

- 1) *accertare la presenza di Ditte abilitate ad effettuare preventivo di spesa per l'acquisto di n. Barriera automatica a sollevamento con telecomando a distanza presso il P.O. DI SCIACCA.*
- 2) *richiedere il relativo preventivo di spesa.*

**Dichiara, ai sensi del D.P.R. N° 445 del 28/12/2000 s.m.i, che:**

- ▲ \_\_\_\_\_ è in possesso di tutti i requisiti (compresi quelli di ordine generale di cui all'art. 38 del D.Lgs. n° 163/2006, idoneità e relative documentazioni necessarie (compresa l'iscrizione alla C.C.I.A.A. per la categoria merceologica inerente all'oggetto) secondo le vigenti norme di legge.
- ▲ \_\_\_\_\_ è in possesso della capacità tecnico professionale di cui all'art. 42 comma 1 lettera a) del D.Lgs. n. 163/06.
- ▲ \_\_\_\_\_ che ai fini della verifica della regolarità contributiva comunica che la propria dimensione aziendale in relazione al numero dei dipendenti occupati e di n. \_\_\_\_\_, che l'incidenza in percentuale della manodopera rispetto alle prestazioni oggetto dell'appalto è di \_\_\_\_\_%, che il Contratto Collettivo Nazionale applicato ai propri dipendenti (in caso di pluralità di contratti collettivi indicare quello relativo all'appalto) è il seguente: \_\_\_\_\_, ed indica i seguenti numeri di iscrizione agli Enti Previdenziali ed Assistenziali:  
INPS n. matricola \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_;  
INAIL n. Codice Ditta \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_;
- ▲ \_\_\_\_\_ è stato effettuato il sopralluogo presso IL P.O. DI SCIACCA, al fine di formulare l'offerta economica in oggetto.
- ▲ \_\_\_\_\_ i prezzi e gli sconti a voi praticati sono in linea con quanto praticato ad altre Pubbliche Amministrazioni.
- ▲ \_\_\_\_\_ non pretende nulla in termini di risarcimenti, rimborsi, indennizzi e mancati guadagni di ogni genere e a qualsiasi titolo.
- ▲ \_\_\_\_\_ è a conoscenza ed accetta che la suddetta indagine di mercato non costituisce proposta contrattuale e non comporta alcun obbligo e/o impegno per l'Azienda, che si riserva, a

suo insindacabile giudizio, di interrompere in qualsiasi momento il procedimento avviato, oppure di utilizzare i/il preventivi/o pervenuti/o per un eventuale successivo affidamento, senza che nessuno possa vantare alcuna pretesa e/o presentare reclami di nessun tipo e formula l'offerta economica come di seguito riportata (riempire ogni singola voce):

**PREVENTIVO DI SPESA**

Descrizione	
<b>Costo totale tutto incluso e nulla escluso comprensivo di IVA</b>	
aliquota IVA	
Tempo di CONSEGNA	
Condizioni di garanzia successiva alla installazione (dovrà essere minimo di 12 mesi, pena l'esclusione)	
Validità dell' offerta	

Data \_\_\_\_\_

FIRMA e timbro del Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_

Si allega:- copia del documento di identità del sottoscrittore in corso di validità.