



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Servizio Sanitario Nazionale – Regione Sicilia  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AGRIGENTO**  
Sede Legale: Viale della Vittoria, 321 – 92100 AGRIGENTO C.F./P.I. 02570930848

### AVVISO DI VENDITA

Si rende noto che l’Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento, con sede legale in Agrigento – Viale della Vittoria 321, in esecuzione della deliberazione n. 2119 del 06/11/2018, intende procedere alla vendita delle attrezzature di seguito indicate:

- n. 1 **macchina lavabiancheria modello UNIWASH-LW100** serie 10187, anno di produzione 1990
- n. 1 **macchina lavabiancheria modello UNIWASH-LW100** serie 20188, anno di produzione 1990
- n. 1 **mangano stireria modello DEATEC-ML 63020 + ACCESSORY** mod. CP 30 COD 870059, anno di produzione 1990

Detti beni sono ubicati presso i locali della lavanderia del Presidio Ospedaliero di Sciacca, sito in Via Pompei – C.da Seniazza.

I beni saranno venduti in blocco, a corpo e non a misura, nello stato di fatto e di diritto in cui si trovano e così come fino ad oggi goduti e posseduti o nella disponibilità dell’ASP.

Il prezzo di partenza per la vendita viene fissato in **Euro 8.000,00**.

La procedura sarà aggiudicata in favore del concorrente che avrà offerto il prezzo migliore in rialzo sul predetto importo; tuttavia, in mancanza di offerte al rialzo, l’Azienda si riserva la facoltà di prendere in considerazione anche eventuali offerte al ribasso.

### MODALITA’ DI PRESENTAZIONE DOMANDE

Le istanze di partecipazione in plico chiuso, recante sull'esterno il mittente e la dicitura **“PROCEDURA DI VENDITA DI ATTREZZATURE”** dovranno essere indirizzate all’Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento – Servizio Economico/Finanziario e Patrimoniale, Viale della Vittoria 321, 92100 Agrigento e dovranno pervenire all’Ufficio Protocollo entro le ore 13.00 di martedì **8 Gennaio 2019**.

Le istanze dovranno essere redatte in carta bollata da Euro 16.00 in conformità all’allegato 1 del presente avviso e dovranno essere sottoscritte dal soggetto richiedente, a pena di esclusione dalla procedura, nonché corredate della fotocopia di un valido documento di identità del richiedente.

*L’aggiudicazione della presente procedura avverrà, ad esclusiva discrezione dell’ASP, previa valutazione della congruità dell’importo offerto, senza che nessun obbligo sorga a carico dell’Amministrazione.*

### ALTRE INFORMAZIONI



Servizio Sanitario Nazionale – Regione Sicilia  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AGRIGENTO**  
Sede Legale: Viale della Vittoria, 321 – 92100 AGRIGENTO C.F./P.I. 02570930848

La presentazione delle istanze non farà sorgere alcun diritto, azione, ragione o situazione di vantaggio o di aspettativa in favore dei dichiaranti.

L’Azienda si riserva la facoltà di non procedere con i successivi atti, potendo recedere dalla procedura o sospenderla o modificarne i termini e le condizioni in ogni momento senza preavviso e senza motivazione, qualunque sia il grado di avanzamento della stessa e senza che ciò possa far sorgere in capo ai soggetti partecipanti diritti a risarcimento o indennizzo, salvo a richiesta la restituzione della documentazione eventualmente già presentata.

Per ulteriori informazioni è possibile rivolgersi al Servizio Economico/Finanziario e Patrimoniale – Ufficio Patrimonio (tel. 0922/407222 – 407427) nei giorni ed orari di seguito indicati:

- lunedì-martedì-mercoledì dalle ore 9.00 alle ore 11.00
- giovedì dalle ore 15.00 alle ore 17.00.

Si precisa che ai fini della partecipazione alla procedura è obbligatorio prendere visione delle attrezzature in vendita, previo accordo telefonico con il citato ufficio competente.

Il presente avviso è reperibile sul sito Internet [www.aspag.it](http://www.aspag.it) e all’Albo Pretorio dell’ASP.

Del presente avviso sarà altresì data ulteriore diffusione mediante apposito comunicato stampa.

**ALLEGATI:**

Istanza di partecipazione (all. 1)

**IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO**

***IL DIRIGENTE U.O. PATRIMONIO***

Dr. Antonino La Valle

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

Dr. Francesco Paolo Tronca

**IL DIRETTORE GENERALE F.F.**

Prof. Dr. Silvio Lo Bosco



Servizio Sanitario Nazionale – Regione Sicilia  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AGRIGENTO**  
Sede Legale: Viale della Vittoria, 321 – 92100 AGRIGENTO C.F./P.I. 02570930848

### **ALLEGATO 1**

(in carta bollata da Euro 16.00)

### **ALL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO** **Servizio Economico/Finanziario e Patrimoniale**

Viale della Vittoria, 321  
**92100 AGRIGENTO**

### **ISTANZA DI PARTECIPAZIONE ALLA PROCEDURA DI VENDITA DI ATTREZZATURE**

Il sottoscritto ..... nato ..... a  
..... il ..... residente ..... in  
....., Via .....  
telefono ..... e-mail .....  
(compilare solo se necessario) munito dei necessari poteri in qualità di legale rappresentante della  
ditta .....  
..... con sede in ..... Via .....  
....., P.I./C.F. ....  
telefono .....  
.....

### **DICHIARA DI AVERE INTERESSE**

All'acquisto delle attrezzature poste in vendita in esecuzione della deliberazione n. 2119 del  
06/11/2018, visionate in data \_\_\_\_\_.

A tale scopo, il sottoscritto offre, per l'acquisto dei beni in argomento, il prezzo di Euro (*in cifre*)  
\_\_\_\_\_ (*in lettere*) \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara, inoltre:

- Di essere a conoscenza che i beni vengono venduti in blocco, a corpo e non a misura, nello stato di fatto e di diritto in cui si trovano;



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Servizio Sanitario Nazionale – Regione Sicilia  
**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AGRIGENTO**  
Sede Legale: Viale della Vittoria, 321 – 92100 AGRIGENTO C.F./P.I. 02570930848

- Di non avere a proprio carico condanne con sentenze passate in giudicato per reati per i quali è prevista l'applicazione della pena accessoria della incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione, né procedimenti pendenti per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'art. 6 del D. Lgs. n. 159/2011 (Codice Antimafia), né cause ostative di cui all'art. 67 del medesimo decreto;

A corredo della presente domanda di partecipazione, il sottoscritto allega fotocopia del proprio documento di identità in corso di validità.

Per i fini propri della presente, il sottoscritto consente il trattamento dei propri dati, anche personali, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003.

In fede

---

*(firma leggibile e per esteso, non autenticata)*

Data.....