

Direttore F.F Provveditorato, Economato e gestione Logistica  
Arch. Francesco Bennardo

Rif. Det n. 0559 /D.D.A/ U.O.C. P.E.L.G del 08.04.2021

**AVVISO ESPLORATIVO DI INDAGINE DI MERCATO PER ACQUISIZIONE BENI  
SERVIZI ESCLUSIVI INFUNGIBILI COME PREVISTO AI SENSI DEL  
REGOLAMENTO APPROVATO CON DELIBERA N. 224 DEL 26.10.2020**

Ai sensi delle Linee Guida Anac n. 8, si

**RENDE NOTO**

che l'Asp di Crotone intende avviare una indagine di mercato al fine di conoscere se, diversamente dalle informazioni in proprio possesso, esistano altri operatori economici in grado di eseguire la prestazione richiesta per il soddisfacimento dei fabbisogni di questa Stazione Appaltante a presentare offerte qualitativamente equivalenti sotto il profilo funzionale e tecnico rispetto ai seguenti prodotti:

**Presidio Medico per Nutrizione parenterale PICC PORT MST PACK per le esigenze dell'U.O. Farmacia Territoriale di Crotone**

**Caratteristiche tecniche**

Dispositivo utilizzato per nutrizione parenterale con accesso venoso permanente per lunghi periodi di tempo. Trattasi di un assemblato di dispositivi, specifico per il posizionamento di una camera impiantabile tipo port nella vena branchiale.

**Produttore conosciuto**

Distribuito dalla ditta Meta S.r.l.

La spesa complessiva annuale stimata è pari a € 700,00 iva esclusa

**Modalità di partecipazione**

Gli operatori economici di cui all'art 45 del D.Lgs 50/2016 che producono e/o commercializzano dispositivi aventi caratteristiche funzionalmente equivalenti sono invitati a presentare manifestazione di interesse secondo le seguenti modalità:

ENTRO IL TERMINE PERENTORIO DI 15 GIORNI dalla data di pubblicazione del presente Avviso, con **scadenza di presentazione alle ore 12 del giorno: 23 APR. 2021**, dovrà essere trasmessa alla UOC Provveditorato, Economato e Gestione Logistica a mezzo posta elettronica certificata all'indirizzo [ufficioabes@pec.asp.crotone.it](mailto:ufficioabes@pec.asp.crotone.it) e per conoscenza: anche al seguente indirizzo: [provveditorato@asp.crotone.it](mailto:provveditorato@asp.crotone.it), la documentazione recante il seguente oggetto:

## **AVVISO DI INDAGINE DI MERCATO PER LA FORNITURA DI PRESIDIO MEDICO PER NUTRIZIONE PARENTERALE PICC PORT MST PACK**

### **Descrizione Tecnica Del Dispositivo**

Eventuale documentazione prodotta da Enti o Laboratori certificati

Eventuale materiale Illustrativo

La predetta documentazione dovrà contenere una dichiarazione esplicativa e dettagliata attestante l'equivalenza prestazionale ovvero che le caratteristiche tecniche dei dispositivi ottemperino in maniera equivalente a quelle dei prodotti richiesti ex art. 68 del D.lgs 50/2016.

L'operatore economico interessato dovrà indicare anche se è presente sul Mepa per tali beni specificando per ognuno di essi il relativo codice.

Nel caso in cui venga confermata la circostanza che secondo cui la società suindicata costituisca l'unico operatore in grado di fornire il prodotto descritto, questa azienda manifesta altresì l'intenzione di procedere con affidamento all'unico fornitore individuato ai sensi dell'art. 63. Comma 2 lett b) D.lgs 50/2016.

Nel caso di ricezione di adesioni al presente avviso sarà attivata idonea procedura ai sensi del D.lgs 50/2016.

Il presente avviso è finalizzato esclusivamente all'acquisizione di manifestazioni di interesse per favorire la partecipazione e la consultazione del maggior numero possibile degli operatori economici nel rispetto dei principi di concorrenza, parità di trattamento, non discriminazione, trasparenza e proporzionalità.

La presente indagine ha solo fini esplorativi e gli Operatori Economici, per il solo interesse manifestato alla presente indagine, non potranno vantare alcun titolo, pretesa, preferenza o priorità in ordine all'avvio o all'affidamento della fornitura.

La Stazione appaltante si riserva la possibilità di sospendere, modificare o annullare, in tutto o in parte il procedimento avviato, senza che i soggetti richiedenti possano vantare alcuna pretesa.

### **Altre informazioni**

Eventuali richieste di chiarimenti, limitatamente alla presente fase di manifestazione di interesse, dovranno essere formulate per iscritto e indirizzate alla seguente indirizzo: [ufficioabes@pec.asp.crotone.it](mailto:ufficioabes@pec.asp.crotone.it). e per conoscenza anche all'indirizzo mail: [provveditorato@asp.crotone.it](mailto:provveditorato@asp.crotone.it);

### **Codice in materia di protezione dei dati personali – D.LGS 196/2003**

I dati personali forniti dagli Operatori Economici ai fini della partecipazione alla presente procedura, saranno raccolti e trattati nell'ambito del medesimo procedimento



e dell'eventuale, successiva stipula e gestione del contratto secondo le modalità e finalità di cui al D.Lgs 196/2003 e s.m.i., al quale si fa espresso rinvio per tutto quanto non previsto dal presente avviso.

Il presente avviso è pubblicato sul sito istituzionale dell'ASP di Crotone nella sezione ALBO PRETORIO – sottosezione BANDI DI GARA, per un periodo non inferiore ai 15 giorni 15

  
**Il Direttore f.f. Provveditorato, Economato,  
Gest. Logistica  
F.to Arch. Francesco Bennardo**

All 1

1. Modello Manifestazione di interesse

**ALLEGATO 1**

**Spett.le**  
Azienda Sanitaria Provinciale Crotone  
- Centro Direzionale il "GRANAIO" -  
Via M. Nicoletta, 88900 Crotone (KR) -  
P.iva 0199741079

Il/la sottoscritto/a  nato/a a

Il  Codice Fiscale  Residente a

Via  n°  CAP

Nella sua qualità di  *(se procuratore allegare copia della  
relativa procura notarile - generale o speciale - o altro documento da cui evincere i poteri di rappresentanza)*

dell'impresa

con sede legale in Via  n°

CAP  Città  Prov.

Codice Fiscale Impresa  Partita IVA

Telefono  Fax  e-mail

Iscritta al Registro delle Imprese presso la Camera di Commercio Industria Artigianato e

Agricoltura di  al n. REA  in data

Capitale Sociale di € , attività d'impresa

Tribunale Civile - sez. Fallimentare di  Comune di

Prov.  Via  n°  CAP

Recapiti Tribunale Civile: Fax  e-mail

Agenzia delle Entrate competente di  Comune di

Prov.  Via  n°  CAP

Recapiti Agenzia Entrate: Fax  e-mail

**CHIEDE**

di essere invitato alla procedura di gara senza pubblicazione di bando

per la fornitura di

al costo complessivo presunto di €

iva esclusa,

di cui all'avviso del

*A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n° 445 del 28 dicembre 2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n° 445 del 28 dicembre 2000,*

#### **DICHIARA**

- Di essere in possesso dei requisiti di ordine generale per la partecipazione a gare, con particolare riferimento a quelli previsti dall'art. 80 del D.Lgs. n. 50/2016.
- Che l'impresa risulta/non risulta abilitata ad operare nel Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione al bando "Beni/Forniture Specifiche per la Sanità".

**Il/La sottoscritto/a allega alla presente copia fotostatica del proprio documento di identità in corso di validità.**

Luogo

Data

***Timbro e Firma del Rappresentante l'Impresa***

---