

**S.O.C. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica**  
**Dirigente : Avv . Paolino SIMIO**

**Tel. 0961-3582 Fax 0961-883505**  
**e-mail: psantaguida@aocz.it**

Catanzaro, \_\_\_\_\_

**Spett.le DITTE**

*Mercato Elettronico MEPA*

**OGGETTO: INDIZIONE PROCEDURA EX ART. 36, COMMA 2 LETT. B) e ART. 95, COMMA 4 D.LGS. 50/2016, MEDIANTE R.D.O. MEPA CON INVITO APERTO, AVENTE AD OGGETTO L'ACQUISTO IN URGENZA DI UNO STRUMENTO CON RELATIVI TEST PER L'IDENTIFICAZIONE DELLE VARIANTI SARS-COV-2 PER LA SOC MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA PUGLIESE CIACCIO DI CATANZARO (CENTRO DI COSTO DEDICATO CONTRASSEGNA TO DAL CODICE UNIVOCO COV-20)**

**Lotto 1** – L'acquisto di uno strumento per l'analisi qPCR a cinque fluorofori e n. 2.000 reazioni per TaqPath Covid-19 CE-IVD RT-PCR kit per la Struttura Microbiologia Virologia C.I.G. C.I.G. 863997199D importo a base di gara pari a €. 73.778,60 + IVA;

**Importo base d'asta Euro 73.778,60**

*S'invita codesta Ditta a far pervenire, entro il giorno \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ via telematica offerta.*

*Il prezzo offerto deve essere comprensivo della consegna da parte della Ditta aggiudicataria.*

*L'aggiudicazione del lotto avverrà secondo il criterio previsto dall'art. 95 comma 4 del Codice e cioè a favore della Ditta che avrà presentato l'offerta al minor prezzo.*

*Qualora lo ritenesse opportuno, l'Amministrazione si riserva la facoltà di non procedere all'acquisto senza che codesta Ditta possa accampare diritti di sorta.*

*L'Azienda si riserva la facoltà di assegnare la fornitura anche in presenza di una sola offerta purchè conforme alle caratteristiche tecniche richieste.*

**LUOGO DI ESECUZIONE:** Azienda Ospedaliera “A. Pugliese- De Lellis” - Via V. Cortese, 25- 88100 Catanzaro.

**TEMPI DI CONSEGNA DELLA FORNITURA:** *La consegna della fornitura dovrà avvenire entro il termine corrispondente a quello offerto in gara.*

**PAGAMENTI:** *Il pagamento avverrà nei termini di legge.*

**TERMINE DI VALIDITA' DELL'OFFERTA:** *Il termine di validità dell'offerta deve essere di 180 giorni dalla data di scadenza fissata per la ricezione delle offerte.*

**Ditta dovrà allegare nella DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA :**

- **copia della presente lettera di invito debitamente timbrata e siglata in ogni pagina dal legale rappresentante o da persona munita dei necessari poteri, per la completa ed incondizionata accettazione di tutte le condizioni in essi contenute .**
- **Dichiarazione in conformità alle disposizioni vigenti in materia di appalti pubblici di forniture di cui al D. Lgs. N. 50/2016 , le disposizioni vigenti in materia di lotta alla delinquenza mafiosa di cui alla legge 31/05/1965, n. 575 e di cui al D.P.R. 03/06/1998, n. 252.**
- **Dichiarazione resi ai sensi del D.P.R. 445/2000 di non trovarsi in una delle cause di esclusione di cui all' art. 80 del D.lvo n.50/2016 e s.m.i.;**
- **Patto d'integrità**
- **DGUE**
- **Informativa per il trattamento dei dati personali**

Allegare obbligatoriamente nella **DOCUMENTAZIONE TECNICA, SCHEDE DESCRITTIVE DEI PRODOTTI OFFERTI.**

Per quanto non espressamente indicato nella presente lettera di invito a gara, troveranno applicazione le disposizioni vigenti in materia di appalti pubblici di forniture di cui al D. Lgs. N. 50/2016 e s. m. i. ed ogni altra disposizione avente specifica attinenza con l'affidamento in oggetto.

L'A.O. si riserva la facoltà:

1. di non procedere all'aggiudicazione se ciò sia conveniente per l'Ente, senza che la ditta partecipante possa accampare pretesa alcuna;
2. di annullare la presente procedura.

La Ditta dovrà inserire nella **DOCUMENTAZIONE ECONOMICA** le seguenti dichiarazioni:

- la percentuale di sconto sul listino prezzi che intende applicare a favore di quest'Azienda.
- che il prezzo offerto è quello praticato in altre realtà sanitarie locali o nazionali.
- Offerta economica analitica di quanto richiesto.
- La percentuale iva applicata

Per ulteriori chiarimenti le Ditte si potranno rivolgere al Responsabile del Procedimento : **Dr. Pasquale Santaguida** Tel. 0961.883582 Fax 0961.883505- e-mail : [psantaguida@aocz.it](mailto:psantaguida@aocz.it)

Il Responsabile del procedimento  
Dr. Pasquale Santaguida

PER ACCETTAZIONE

Firma del legale rappresentante

---