



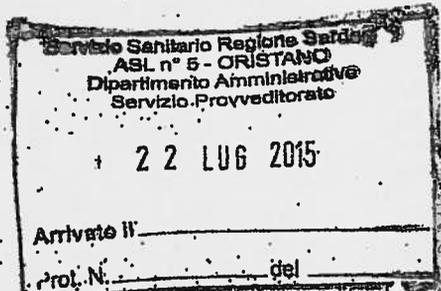
SERVIZIO SANITARIO - REGIONE SARDEGNA
ASL Oristano Servizio Assistenza Farmaceutica - Distretto di Oristano

Allegato n° 1 alla comunicazione
 Serv. Provveditorato del
 Composto di n° 1 fogli.

Dei
 23/7/15
[Signature]

Prot. n. NP/2015/ 8031

Oristano 22/07/2015



Al Responsabile Provveditorato
 Dott.ssa G. Demurtas Gesuina

Sede

Oggetto: richiesta N° 2 microinfusori x insulina x S. F e

Si chiede la fornitura dei prodotti sottocelencati richiesti x 2 pazienti di questa ASL:

-An. 1226970 oppure 1223564 Micr. Mylife-Omnipod Starter KIT = N° 1

cod 16301-5K CND 1204021601 (x S. F.)

-An. 1223587 Milyfe Omnipod 10 pack pods cod 14810 = N° 10 confz (x S. F.)

(già presente nel contratto 794/20159 x un altro paz.)

-An. 1214840 oppure 1214875 o 1214714 Accu-chek Combo-kit= N° 1

cod. 05458501001 (x)

Si allega N° 2 autorizzazioni ufficio assistenza integrativa con relativa documentazione

Il Direttore farmacia Territoriale
 Dr.ssa Battiato Alessandra



SERVIZIO SANITARIO - Regione Sardegna
AZIENDA U.S.L. N.5 - ORISTANO
Servizio Materno Infantile
Distretto di Oristano

UFFICIO ASSISTENZA INTEGRATIVA



0783 / 317702

ASSISTENZA INTEGRATIVA

* Diretta

Presidi e Ausili (L.R. 01/08/96 N°34)

Paziente portatore di menomazione funzionale permanente

Prot n°: 45293 del 20/07/2015

AUTORIZZ. N.:

2667

DEL

Cognome: S. Nome: F. C.F. _____

Nato a: _____ Il _____ Tel.: _____

Residente a: _____ Recapito: _____

Vista la prescrizione dello specialista U.S.L. in data 17/07/2015 Dott. Mastinu Francesco

Si autorizza la fornitura mensile del seguente materiale

N° Presidio Autorizzato

1	* Microinfusore MYLIFE tm OMNIPOD
0	
0	
0	
0	
0	
0	
0	

* Si autorizza il ritiro presso il Servizio Farmaceutico

Parte autorizzativa

Mese di riferimento

Il Direttore del Distretto



Il Funzionario Amministrativo



N.B. Nel caso di Assistenza Indiritta sarà l'invalido ad acquisire e pagare la prestazione sanitaria o il presidio autorizzato, ottenere la fattura quietanzata e intestata a suo nome e chiedere il relativo rimborso a contributo alla U.S.L. competente per territorio, che aveva precedentemente rilasciato l'autorizzazione alla fornitura.

Data Ritiro ____/____/____

Per ricevuta _____

for [signature]

SERVIZIO SANITARIO - Regione Sardegna
AZIENDA U.S.L. N.5 - ORISTANO

Servizio Materno Infantile
Distretto di Oristano

UFFICIO ASSISTENZA INTEGRATIVA



0783 / 317702

ASSISTENZA INTEGRATIVA

* Diretta

Presidi e Ausili (L.R. 01/08/96 N°34)

Paziente portatore di menomazione funzionale permanente

Prot. n°: 45293 del 20/07/2015

AUTORIZZ. N.: 2667 DEL

Cognome: S. Nome: F. C.F. [redacted]
Nato a: [redacted] il [redacted] Tel.: [redacted]
Residente a: [redacted] Recapito: [redacted]

Vista la prescrizione dello specialista U.S.L. in data 17/07/2015 Dott. Mastinu Francesco

Aut. U.S.L.
Si autorizza la fornitura ~~mensile~~ del seguente materiale

N° Presidio Autorizzato

14 *MYLIFE tm OMNIPOD 10 Pack

0
0
0
0
0
0
0

* Si autorizza il ritiro presso il Servizio Farmaceutico

Parte autorizzativa

Mese di riferimento **LUGLIO**

Il Direttore del Distretto



Il Funzionario Amministrativo



N.B. Nel caso di Assistenza Indiretta sarà invalido ad acquisire e pagare la prestazione sanitaria o il presidio autorizzato, ottenere la fattura quietanzata e intestata a suo nome e chiedere il relativo rimborso a contributo alla U.S.L. competente per territorio, che aveva precedentemente rilasciato l'autorizzazione alla fornitura.

Data Ritiro / /

Per ricevuta

Autorizzazione valida fino al 17/07/2016

for test



ASL Oristano

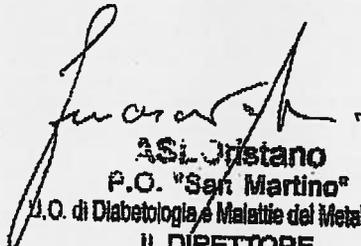
Procedura amministrativa per la prescrizione di MICROINFUSORE di insulina secondo il Decreto Regionale 28/01/97 n° 26 (Prestazioni sanitarie integrative straordinarie), Art. 1 n° 4; ***"il cui contratto per ragioni di natura tecnica può essere affidato unicamente ad un operatore economico determinato"***, ossia con **dichiarazione di scelta**.

Prescrizine al Sig.: S. [redacted] F. [redacted]

del MICROINFUSORE: Mylife™ OmniPod®.

Si indicano di seguito le caratteristiche uniche del prodotto, importanti per l'utente, non presenti in altri prodotti simili del mercato, che ne determinano la scelta:

1. è l'unico sistema di seconda generazione senza catetere.


ASL Oristano
P.O. "San Martino"
U.O. di Diabetologia e Malattie del Metabolismo
IL DIRETTORE
Dott. Francesco Mastinu

Insulet Corporation

Dichiarazione del distributore esclusivo per l'Italia

27-Maggio-2014

La società:

Insulet Corporation
9 Oak Park Drive
Bedford, MA 01730
Stati Uniti d'America
Corporate telephone +1 781.457.5000
Corporate fax +1 781.457.5011

Produttore della linea di prodotti OmniPod®
Registrati in Italia come segue:

mylife™ OmniPod® Starter Kit *, (Incl. PDM Personal Diabetes Manager)**, (SKT ITT600_mg/dL_IT),
Codice articolo 16301-5K, N° CND Z1204021601, Identificativo BD/ RDM 1126846

mylife™ OmniPod® PDM Personal Diabetes Manager , (PDM_ITT600_mg/dL_IT), Codice articolo 15415-
5K, N° CND Z1204021601, Identificativo BD/ RDM 1126852

mylife™ OmniPod® 10Pack , (Confezione da 10 POD), (POD: Microinfusore Patch Monouso), Codice
articolo 14810, N° CND Z1204021601, Identificativo BD/ RDM 1128300

dal rappresentante europeo (EU-REP):

HealthLink Europe BV
De Tweeling 20-22
5215 MC 's-Hertogenbosch
The Netherlands
Phone: +31 13 547 9300
FAX: +31 13 547 9301

Il Produttore ha in essere un valido contratto di distribuzione dei prodotti elencati per un territorio che
include l'Italia con la società:

Ypsomed AG
Brunnmattstrasse 6
3401 Burgdorf
Switzerland
Phone +41 (0)34 424 41 11
Fax +41 (0)34 424 41 22
info@ypsomed.com

In Italia il Gruppo Ypsomed è rappresentato dalla società affiliata:

Ypsomed Italia S.r.l.

Sede legale: Via Giuseppe Frua, 24 - 20146 Milano

Sede operativa: Via Santa Croce, 7 - 21100 Varese Tel: +39 0332 18 90 607

Fax: +39 0332 18 90 605

Società a responsabilità limitata con socio unico Cap. sociale: € 50.000 i.v.

Cod. Fisc./Partita IVA 084 38470965

Reg. Imprese di MI n° 084 38470965

C.C.I.A.A. di Milano N° REA: MI-2026109

PEC: ypsomed.italia@pec.it

La società Ypsomed Italia S.r.l. è sottoposta alla direzione e al coordinamento di Ypsomed AG, sede Brunnmattstrasse 6, 3401 Burgdorf, Svizzera

Il produttore dichiara, che il distributore esclusivo per l'Italia dei prodotti elencati è la società Ypsomed Italia s.r.l.

La presente dichiarazione è rilasciato per l'uso consentito dalle leggi e normative in vigore.

La dichiarazione ha due pagine

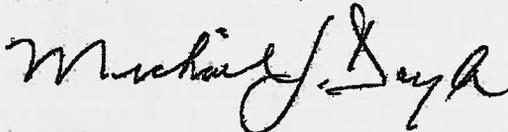
In fede

Data: 27-Maggio-2014

Il legale rappresentante

Nome: MICHAEL J. DOYLE

Firma:



Timbro Produttore:

**Insulet Corporation
9 Oak Park Drive
Bedford, MA 01730**

acquistinretepa.it
Portale degli acquisti della Pubblica Amministrazione

Dati generali della procedura

Numero RDO:	910980
Descrizione RDO:	FORNITURA MICROINFUSORE MYLIFE OMNIPOD
Criterio di aggiudicazione:	Prezzo piu' basso
Numero di Lotti:	1
Unità di misura dell'offerta economica:	Valori al ribasso
Amministrazione titolare del procedimento	AUSL 5 ORISTANO 00681110953 Via Carducci, 35 ORISTANO OR
Punto Ordinante	Maria Gesuina Demurtas
Codice univoco ufficio - IPA	Non disponibile
Data e ora inizio presentazione offerte:	30/07/2015 14:18
Data e ora termine ultimo presentazione offerte:	07/08/2015 19:00
Data e ora termine ultimo richiesta chiarimenti:	04/08/2015 10:00
Data Limite stipula contratto (Limite validità offerta del Fornitore)	31/08/2015 13:18
Giorni dopo la stipula per Consegna Beni / Decorrenza Servizi:	5
Bandi / Categorie oggetto della RdO:	BSS - Beni e Servizi per la Sanità
Numero fornitori invitati:	1
Segnalazione delle offerte anomale:	si

Lotto 1 - Dettagli

Denominazione lotto	FORNITURA MICROINFUSORE MYLIFE OMNIPOD
CIG	
CUP	
Dati di consegna	Servizio Farmacia Ospedaliera P.O. San Martino di Oristano Via rockfeller snc Oristano - 09170 (OR)

Dati di fatturazione	Aliquota IVA di fatturazione: 4%Indirizzo di fatturazione:Via carducci n° 35Oristano - 09170 (OR)
Termini di pagamento	60gg df
Importo presunto di fornitura	4650,00

Lotto 1 - Schede tecniche

Nome Scheda Tecnica	Microinfusori per insulina
Quantita'	10

I campi contrassegnati con * sono obbligatori

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
1	* Marca	Tecnico	Valore unico ammesso	mylife OmniPod
2	* Codice articolo produttore	Tecnico	Valore unico ammesso	14810
3	* Denominazione commerciale	Tecnico	Valore unico ammesso	OmniPod 10 pack (confezione da 10 Pod: microinfusore patch monouso) - equivale a nr. 1 pezzo
4	* Codice articolo fornitore	Tecnico	Nessuna regola	
5	* Unità di misura	Tecnico	Valore minimo ammesso	Pezzo
6	* Descrizione tecnica	Tecnico	Nessuna regola	
7	* Codice CND	Tecnico	Valore minimo ammesso	Z1204021601
8	* Anno di prima immissione sul mercato nazionale/versione	Tecnico	Valore minimo ammesso	2014
9	* Range min /max	Tecnico	Valore	Da 0,05 a 50

	infusione basale [UI/h]		minimo ammesso	
10	* Numero velocità infusione basale	Tecnico	Valore minimo ammesso	oltre 25
11	* Programmazione infusione basale	Tecnico	Valore minimo ammesso	15/360
12	* Modalità di rilascio insulina [frazione UI/h - intervallo in minuti]	Tecnico	Valore minimo ammesso	1/20 - 3 minuti
13	* Bolo	Tecnico	Valore minimo ammesso	Programmabile e a richiesta
14	* Bolo max [UI]	Tecnico	Valore minimo ammesso	da 26 a 50
15	* Schermo	Tecnico	Valore minimo ammesso	Colori
16	* Dimensioni (LxAxP) [mm]	Tecnico	Valore minimo ammesso	3,9x5,2x1,45
17	* Peso [g]	Tecnico	Valore minimo ammesso	25
18	* Trasmissione dati	Tecnico	Valore minimo ammesso	Bluetooth
19	* Alimentazione	Tecnico	Valore minimo ammesso	autonomo
20	* Interazione con sistema monitoraggio in continuo	Tecnico	Valore minimo ammesso	NO
21	* Prezzo	Economico	Nessuna regola	

Lotto 1 - Schede tecniche

Nome Scheda Tecnica	Microinfusori per insulina
Quantita'	1

I campi contrassegnati con * sono obbligatori

Nr.	Caratteristica	Tipologia	Regola di Ammissione	Valori
1	* Marca	Tecnico	Valore unico ammesso	INSULET CORPORATION
2	* Codice articolo produttore	Tecnico	Valore unico ammesso	16301-5K
3	* Denominazione commerciale	Tecnico	Valore unico ammesso	MYLIFE OMNIPOD STARTER KIT
4	* Codice articolo fornitore	Tecnico	Nessuna regola	
5	* Unità di misura	Tecnico	Lista di scelte	• Pezzo
6	Descrizione tecnica	Tecnico	Nessuna regola	
7	* Codice CND	Tecnico	Lista di scelte	• Z1204021601
8	* Anno di prima immissione sul mercato nazionale/versione	Tecnico	Nessuna regola	
9	* Range min /max infusione basale [UI/h]	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> • Da 0,05 a 50 • da 0,05 a 60 • da 0,025 a 25
10	* Numero velocità infusione basale	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> • Fino a 12 • da 13 a 18 • da 19 a 24 • oltre 25
11	* Programmazione infusione basale	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> • NO • 15/120 • 15/360 • 15/720 • 30/1440
12	* Modalità di rilascio insulina [frazione UI/h – intervallo in minuti]	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> • 1/20 – 3 minuti • 1/15 – 4 minuti • 1/10 – 6 minuti
13	* Bolo	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> • A richiesta • Programmabile • Programmabile e a richiesta

14	* Bolo max [UI]	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> • Fino a 25 • da 26 a 50 • oltre 51
15	* Schermo	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> • Monocromatico • Colori
16	* Dimensioni (LxAxP) [mm]	Tecnico	Nessuna regola	
17	* Peso [g]	Tecnico	Nessuna regola	
18	* Trasmissione dati	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> • Infrarossi • Bluetooth • Infrarossi e bluetooth
19	* Alimentazione	Tecnico	Nessuna regola	
20	* Interazione con sistema monitoraggio in continuo	Tecnico	Lista di scelte	<ul style="list-style-type: none"> • NO • SI
21	* Prezzo	Economico	Nessuna regola	

Documentazione Allegata alla RdO

Descrizione	Riferimento	Documento
LETTERA D'INVITO	Gara	<u>Lettera D</u> <u>Invito Prot</u> <u>N47177</u> <u>Del290715.pdf</u> <u>(182.08KB)</u>

Richieste ai partecipanti

Descrizione	Lotto	Tipo Richiesta	Modalita' risposta	Obbligatorio	Documento unico per operatori riuniti
LETTERA	Gara	Amministrativa	Invio	Obbligatorio	No

D'INVITO			telematico con firma digitale		
Offerta Economica (fac-simile di sistema)	FORNITURA MICROINFUSORE MYLIFE OMNIPOD	Economica	Invio telematico con firma digitale	Obbligatorio	Si

Elenco fornitori invitati

Nr.	Ragione Sociale	Partita iva	Codice fiscale
1	YPSOMED ITALIA S.R.L.	08438570965	08438570965

Riepilogo delle attività di Esame delle Offerte ricevute

Numero RDO:	910980
Descrizione RDO:	FORNITURA MICROINFUSORE MYLIFE OMNIPOD
Criterio di aggiudicazione:	Prezzo piu' basso
Unita' di misura dell'offerta economica:	Valori al ribasso
Amministrazione titolare del procedimento	AUSL 5 ORISTANO 00681110953 Via Carducci, 35 ORISTANO OR
Punto Ordinante	Maria Gesuina Demurtas
Codice univoco ufficio - IPA	Non disponibile
Data e ora inizio presentazione offerte:	30/07/2015 14:18
Data e ora termine ultimo presentazione offerte:	07/08/2015 19:00
Data e ora termine ultimo richiesta chiarimenti:	04/08/2015 10:00
Data Limite stipula contratto (Limite validità offerta del Fornitore)	31/08/2015 13:18
Giorni dopo la stipula per Consegna Beni / Decorrenza Servizi:	5
Bandi / Categorie oggetto della Rdo:	BSS - Beni e Servizi per la Sanità

Lotto esaminato: 1 FORNITURA MICROINFUSORE MYLIFE
OMNIPOD

CIG	
CUP	
Oggetto di Fornitura 1	Microinfusori per insulina/10/
Oggetto di Fornitura 2	Microinfusori per insulina/1/

Concorrenti

#	Denominazione	Forma di Partecipazione	Partita IVA	Data Invio Offerta
1	YPSOMED ITALIA S.R.L.	Singola	08438570965	04/08/2015 11:50

ESAME DELLA BUSTA AMMINISTRATIVA	Inizio	Fine
	11/08/2015 10:45:26	11/08/2015 10:46:30

Richieste Amministrative di Gara

Concorrente	LETTERA D'INVITO	
	Valutazione	Note
YPSOMED ITALIA S.R.L.	Approvato	nessuna

Non esistono Richieste Amministrative di Lotto

ESAME DELLA BUSTA ECONOMICA	Inizio	Fine
	11/08/2015 10:46:36	11/08/2015 10:48:14

Concorrente	Offerta Economica (fac-simile di sistema)	
	Valutazione	Note
YPSOMED ITALIA S.R.L.	Approvato	nessuna

Classifica della gara (Prezzo più basso)

Concorrente	Valore complessivo dell'Offerta
YPSOMED ITALIA S.R.L.	4637,90

Note di gara	nessuna
Note specifiche lotto 1	nessuna

acquistinretepa.it
Il Portale degli acquisti della Pubblica Amministrazione

OFFERTA ECONOMICA RELATIVA A:	
Numero RDO	910980
Nome RDO	RDO per aggiudicazione FORNITURA MICROINFUSORE MYLIFE OMNIPOD
Criterio di Aggiudicazione	Gara al prezzo più basso
Lotto	Lotto Unico di Fornitura

AMMINISTRAZIONE TITOLARE DEL PROCEDIMENTO	
Amministrazione	AUSL 5 ORISTANO
Partita IVA	00681110953
Indirizzo	Via Carducci, 35 - ORISTANO (OR)
Telefono	0783317780
Fax	078373315
PEC Registro Imprese	PROVVEDITORATO@ASLORISTANO.IT
Punto Ordinante	Demurtas Maria Gesuina

CONCORRENTE	
Ragione Sociale	YPSOMED ITALIA S.R.L. Società a Responsabilità Limitata
Partita IVA	08438570965
Codice Fiscale Impresa	08438570965
Provincia sede registro imprese	MI
Numero iscrizione registro imprese	MI-2026109
Codice Ditta INAIL	19345725/25
n. P.A.T.	21923608/14
Matricola aziendale INPS	8713677421
CCNL applicato	COMMERCIO E TERZIARIO CONF. COMMERCIO
Settore	COMMERCIO
Indirizzo sede legale	VIA SANTA CROCE 7 - VARESE (VA)
Telefono	03321890607
Fax	03321890605
E-mail di Contatto	YPSOMED.ITALIA@PEC.IT
Offerta sottoscritta da	HAAG PETER
L'Offerta irrevocabile ed	31/08/2015 13:18

impegnativa fino al _____

OGGETTO (1 DI 2) DELL'OFFERTA	
Descrizione	Microinfusori per insulina
Metaprodotto	Dispositivi infusionali
Quantità Richiesta	10
Dati Identificativi dell'oggetto offerto	
Codice Articolo Fornitore	14810
Marca	mylife OmniPod
Codice Articolo Produttore	14810
Nome Commerciale	OmniPod 10 pack (confezione da 10 Pod: microinfusore patch monouso) - equivale a nr. 1 pezzo
Offerta Tecnica relativamente all'oggetto richiesto	
Parametro Richiesto	Offerta Tecnica
Unità di misura	Pezzo
Descrizione tecnica	mylife™ OmniPod® è un microinfusore per insulina innovativa e semplice, che non necessita di catetere.
Codice CND	Z1204021601
Anno di prima immissione sul mercato nazionale/versione	2014
Range min /max infusione basale [UI/h]	Da 0,05 a 50
Numero velocità infusione basale	oltre 25
Programmazione infusione basale	15/360
Modalità di rilascio insulina [frazione UI/h – intervallo in minuti]	1/20 – 3 minuti
Bolo	Programmabile e a richiesta
Bolo max [UI]	da 26 a 50
Schermo	Colori
Dimensioni (LxAxP) [mm]	3,9x5,2x1,45
Peso [g]	25
Trasmissione dati	Bluetooth
Alimentazione	autonomo
Interazione con sistema monitoraggio in continuo	NO
Offerta Economica relativamente all'oggetto richiesto	
Parametro Richiesto	Valore Offerto
Prezzo	324,44

OGGETTO (2 DI 2) DELL'OFFERTA	
Descrizione	Microinfusori per insulina

Metaprodotto	Dispositivi infusionali
Quantità Richiesta	1
Dati Identificativi dell'oggetto offerto	
Codice Articolo Fornitore	16301-5k
Marca	INSULET CORPORATION
Codice Articolo Produttore	16301-5K
Nome Commerciale	MYLIFE OMNIPOD STARTER KIT
Offerta Tecnica relativamente all'oggetto richiesto	
Parametro Richiesto	Offerta Tecnica
Unità di misura	Pezzo
Descrizione tecnica	mylife™ OmniPod® è un microinfusore per insulina innovativa e semplice, che non necessita di catetere.
Codice CND	Z1204021601
Anno di prima immissione sul mercato nazionale/versione	2014
Range min /max infusione basale [UI/h]	Da 0,05 a 50
Numero velocità infusione basale	oltre 25
Programmazione infusione basale	15/360
Modalità di rilascio insulina [frazione UI/h – intervallo in minuti]	1/20 – 3 minuti
Bolo	Programmabile e a richiesta
Bolo max [UI]	da 26 a 50
Schermo	Colori
Dimensioni (LxAxP) [mm]	6,2X11,3X2,5
Peso [g]	110
Trasmissione dati	Bluetooth
Alimentazione	batterie alcaline AAA
Interazione con sistema monitoraggio in continuo	NO
Offerta Economica relativamente all'oggetto richiesto	
Parametro Richiesto	Valore Offerto
Prezzo	1393,5

I costi relativi alla sicurezza afferenti all'esercizio dell'attività svolta dall'impresa di cui all'art. 87, comma 4, del D. Lgs 163/2006 sono pari a Euro 0,00

OFFERTA ECONOMICA:
4637,90 Euro

Quattromilaseicentotrentasette/90 Euro

INFORMAZIONI DI CONSEGNA E FATTURAZIONE

- Data Limite per Consegna Beni / Decorrenza Servizi: 5 giorni dalla stipula
- Dati di Consegna:
Servizio Farmacia Ospedaliera P.O. San Martino di Oristano Via rockfeller snc Oristano - 09170 (OR)
- Dati di Fatturazione:
Aliquota IVA di fatturazione: 4% Indirizzo di fatturazione: Via carducci n° 35 Oristano - 09170 (OR)
- Salvo diversa indicazione fornita dall'Amministrazione Ordinante nella documentazione allegata alla RdO, la fattura dell'importo complessivo verrà spedita a:

AUSL 5 ORISTANO / CODICE FISCALE: 00681110953

- Termini di pagamento:
60gg df

Dichiarazione necessaria per la partecipazione alla Richiesta di Offerta

- Il Fornitore è pienamente a conoscenza di quanto previsto dalle Regole di Accesso ed Utilizzo del Mercato Elettronico della PA relativamente alla procedura di acquisto mediante Richiesta di Offerta (artt. 33, 37, 38, 39).
- Il presente documento costituisce una proposta contrattuale rivolta al Punto Ordinante dell'Amministrazione richiedente ai sensi dell'art. 1329 del codice civile, che rimane pertanto valida, efficace ed irrevocabile sino alla Data Ultima Accettazione sopra indicata.
- Il Fornitore dichiara di aver preso piena conoscenza della documentazione predisposta ed inviata dal Punto Ordinante in allegato alla Richiesta di Offerta, prendendo atto e sottoscrivendo per accettazione unitamente al presente documento, ai sensi di quanto previsto dall'art. 39 delle Regole di Accesso ed Utilizzo del Mercato Elettronico, che il relativo Contratto sarà regolato dalle Condizioni Generali di Contratto applicabili al/ai Bene/i Servizio/i offerto/i, nonché dalle eventuali Condizioni particolari di Contratto predisposte e inviate dal Punto Ordinante, obbligandosi, in caso di aggiudicazione, ad osservarle in ogni loro parte.
- Il Fornitore dichiara che con riferimento alla presente Richiesta di Offerta non ha in corso né ha praticato intese e/o pratiche restrittive della concorrenza e del mercato vietate ai sensi della normativa applicabile, ivi inclusi gli articoli 81 e ss. del Trattato CE e gli articoli 2 e ss. della Legge n. 287/1990, e che l'offerta è stata predisposta nel pieno rispetto di tale normativa;
- il Fornitore dichiara di non essere a conoscenza della partecipazione alla presente procedura di soggetti che si trovano rispetto al concorrente dichiarante in una delle situazioni di controllo di cui all'art. 2359 c.c., e di aver formulato autonomamente l'offerta;
- Il Fornitore dichiara che, in caso di aggiudicazione, per il lotto "1" non intende affidare alcuna attività oggetto della presente gara in subappalto;
- Il Fornitore dichiara che per questa impresa nulla osta ai fini dell'art. 10 Legge n. 575 del 31 maggio 1965, e successive modifiche ex art. 9 D.P.R. n. 252 del 3 giugno 1998;
- Il Fornitore dichiara che l'Impresa non ha commesso grave negligenza o malafede nell'esecuzione delle prestazioni affidate dalla Amministrazione titolare della presente Richiesta di Offerta e che non ha commesso un errore grave nell'esercizio della propria attività professionale;
- Il Fornitore è consapevole che, qualora fosse accertata la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, l'Impresa verrà esclusa dalla procedura per la quale è rilasciata, o, se risultata aggiudicataria, decadrà dalla aggiudicazione medesima la quale verrà annullata e/o revocata, e l'Amministrazione titolare della presente Richiesta di Offerta avrà la facoltà di escutere l'eventuale cauzione provvisoria; inoltre, qualora la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione fosse accertata dopo la stipula, questa potrà essere risolta di diritto dalla Amministrazione titolare della presente Richiesta di Offerta ai sensi dell'art. 1456 cod. civ.

Per quanto non espressamente indicato si rinvia a quanto disposto dalle Regole di Accesso al Mercato Elettronico della PA; al Contratto sarà in ogni caso applicabile la disciplina generale e speciale che regola gli acquisti della Pubblica Amministrazione.

Il presente documento di offerta è esente da registrazione ai sensi de Testo Unico del

22/12/1986 n. 917, art. 6 e s.m.i., salvo che in caso d'uso ovvero da quanto diversamente e preventivamente esplicitato dall'Amministrazione nelle Condizioni Particolari di Fornitura della Richiesta di Offerta.

**ATTENZIONE: QUESTO DOCUMENTO NON HA VALORE SE PRIVO DELLA
SOTTOSCRIZIONE A MEZZO FIRMA DIGITALE**