

Allegato n° 3 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° _____ del _____
Composto di n° 6 fogli

Casalecchio di Reno, 15/01/2014

Servizio Sanitario Regione Sardegna ASL n° 5 - ORISTANO Dipartimento Amministrativo Servizio Provveditorato
20 GEN 2014
Arrivato il _____ del _____
Prot. N. _____

[Handwritten signature]

Spett.le
ASL ORISTANO
SERVIZIO PROVVEDITORATO
VIA CARDUCCI, 35
09170 - ORISTANO (OR)

Fax 0783/73315

OGGETTO: CONFERMA PREZZI PER FORNITURA DISPOSITIVI MEDICI PER UROLOGIA occorrenti all'ASL n.5 di ORISTANO - ANNO 2014

Rif. Vs. Prot. n. PG2014/2392/PG del 14/01/2014

La sottoscritta Wellspect HealthCare divisione di DENTSPLY IH S.r.l. con sede legale in Casalecchio di Reno - CAP 40033 - Via Cristoni, 86- iscritta alla CCIAA di Bologna al n. 17811/2000 - R.E.A. 405736 - C.F. 12882530152 - P.I. 02057531200 - Tel. 051-29.87.511- fax 051-29.87.580 - Ufficio Imposte - Bologna 2 - Via Paolo Nanni Costa n.28, nella persona del Sig. Fabio Andreotti nato a Ferrara il 11 Luglio 1971, residente a Ferrara in Via Crispa n. 59, e come tale autorizzato alla firma con procura speciale a rogito dott. Cristiano Masi, in data 12/12/2008, rep. 85336 fascicolo 21953,

DICHIARA

Che in riferimento alla Vostra richiesta in oggetto, con la presente siamo a confermare la nostra disponibilità a prorogare la fornitura "Dispositivi Medici per Urologia" in oggetto, per l'Anno 2014, alle medesime condizioni in essere.

In fede,

Wellspect HealthCare

Divisione di DENTSPLY IH SRL

Il procuratore

[Handwritten signature: Fabio Andreotti]

[Handwritten signature]

DENTSPLY IH S.r.l., Via Cristoni, 86 - 40033 Casalecchio di Reno - Bologna - Italia
Tel. +39 051 29 87 511 - Fax +39 051 29 87 586 - www.wellspect.it

C.S. 362.500,00 EURO I.P.A. - SOC. RES. IMP. ED. IN 17511/2000 - R.E.A. N. 405736 - C.F. 12882530152 - R.N. 02057531200
Sede e Direzione e oggetto di attività e coordinamento da parte di DENTSPLY - IAS

wellspect
HEALTHCARE

Casalecchio di Reno, 15/01/2014

Spett.le
ASL ORISTANO
SERVIZIO PROVVEDITORATO
VIA CARDUCCI, 35
09170 - ORISTANO (OR)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI
Del D.P.R. 445/2000 e della Legge 136 del 13 Agosto 2010 "TRACCIABILITA' DEI
FLUSSI FINANZIARI"**

Il sottoscritto Fabio Andreotti nato a Ferrara il 11 Luglio 1971, residente a Ferrara Via Crispa, 59 - in qualità di Procuratore Speciale della Ditta Wellspect HealthCare - Divisione di DENTSPLY IH S.r.l. - con sede legale in Casalecchio di Reno - CAP 40033 - Via Cristoni n° 86, C.F.: 12882530152 - P.Iva: 02057531200

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,
al fine di poter assolvere agli obblighi sulla tracciabilità dei movimenti finanziari previsti dall'art. 3 della Legge 136 del 13/08/2010, relativi ai pagamenti di lavori, forniture e servizi effettuati a favore dell'Amministrazione in indirizzo, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato DPR, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- che gli estremi identificativi del conto corrente di appoggio dedicato ai pagamenti sono i seguenti:

ESTREMI IDENTIFICATIVI DEL C/C BANCARIO:

Banca: SAN PAOLO IMI - Fil. 27 - Milano

conto corrente n.: 100000010684

IBAN: IT4410306901629100000010684

DATI ANAGRAFICI PERSONE DELEGATE AD OPERARE SU TALE CONTO:

- 1) GIANCARLO PRESTINONI, nato a Città del Messico (Mex) il 21/08/1961 - Codice Fiscale: PRS GCR 61M21 Z5140
- 2) PAOLA GALMARINI, nata a Gallarate (VA) il 24/12/1973 - Codice Fiscale: GLM PLA 73T64 D869F
- 3) MAURIZIO CEVENINI, nato a Calderara di Reno (BO), il 02/05/1957 - Codice Fiscale: CVN MRZ 57E02 B399H
- 4) PIER PAOLO PASSARDI, nato a Bologna il 31/05/1973 - Codice Fiscale: PSS PPL 73E31 A944Y
- 5) ANDREA ENRICO ROBERTO REGOLI, nato a Milano il 08/07/1966 - Codice Fiscale: RGL NRN 66L08 F205P

In fede,

Wellspect - Healthcare
Divisione di DENTSPLY IH SRL

Il procuratore

Fabio Andreotti

DENTSPLY IH S.r.l., Via Cristoni, 86 - 40033 Casalecchio di Reno - Bologna - Italia
Tel. +39 051 29 87 511 - Fax +39 051 29 87 586 - www.wellspect.it

C.A. 302.300/07 S.p.A. - V.I. - S.C. REG. INF. S.O. N. 17811 / 2000 - S.E.A. N.403732 - C.A. 12882530152 - RIVA 02057531200
Società iscritta al Registro delle Imprese di Casalecchio di Reno - DENTSPLY IH S.r.l.

wellspect
HEALTHCARE



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

**SERVIZIO
PROVVEDITORATO**

Prot. PG/2014/2392 PG

Oristano 14/01/2014

Oggetto: Richiesta e/o miglioria prezzi per la fornitura di dispositivi medici per urologia occorrenti all'ASL n. 5 di Oristano.

Spett.le Ditta
DENTSPLY IH SRL
FAX 051-2987580

Con la presente, in riferimento alla alla Vs. offerta n. D271/2012/RC del 03/08/2012 presentata nella gara telematica per la fornitura di dispositivi medici per urologia - Lotti n. 13 e 14, si invita Codesta Spett.le Ditta a dichiarare la propria disponibilità, fino al **31/12/2014**, alla conferma e/o miglioria dei prezzi dei seguenti prodotti:

CODICE AREAS	QUANTITA' ANNUALI	DESCRIZIONE PRODOTTO	CODICE DITTA	PREZZO UNITARI Q
87625	360	CATETERI AUTOLUBRIFICANTE UOMO CH 12 C/SACCA INTEGRATA E ACQUA LOFRIC	9831230	€ 3,06
87632	3600	CATETERI AUTOLUBRIFICANTE UOMO CH 14 C/SACCA INTEGRATA E ACQUA LOFRIC	9831430	€ 3,06
87646	360	CATETERI AUTOLUBRIFICANTE UOMO CH 14 LOFRIC	901430	€ 1,25

Si invita inoltre a valutare e presentare proposte rispetto alla contrazione delle prestazioni connesse allo specifico contratto che consentano di ridurre in percentuale l'importo del medesimo.

Il rinnovo contrattuale che l'Azienda si riserva di concludere non impegna la stessa all'acquisto delle quantità presunte sopra precisate, potendo le stesse essere variate conseguentemente a mutate esigenze dell'ASL n. 5, senza che Codesta Ditta abbia a pretendere variazioni rispetto al prezzo di aggiudicazione.

Gli approvvigionamenti verranno disposti mediante appositi ordinativi di fornitura, su proposta della Farmacia Territoriale, sulla base delle effettive necessità delle UU.OO dell'Azienda, e nessuna pretesa potrà nuocere Codesta Ditta per eventuali variazioni in aumento e/o in diminuzione.

ASL 5 Oristano

Direttore del servizio
(D.ssa Maria Cristina Demurtas)

Via Carducci, 35
09170 Oristano

Tel 0783/317780 Fax 0783/73315

www.asloristano.itE-mail: Provveditorato@asloristano.it

Pag. 1 di 4

WELLSPECT HEALTHCARE
Divisione di DENTSPLY IH S.r.l.

La conferma delle condizioni contrattuali, che Codesta Ditta dovrà proporre per il periodo dal 01/01/2014 al 31/12/2014 non vincola l'Amministrazione all'acquisto dei prodotti per l'intero periodo di validità dell'offerta.

L'Azienda si riserva infatti di revocare l'affidamento della fornitura antecedentemente alla scadenza del rinnovo contrattuale nei casi sottoelencati:

- qualora si decidesse l'interruzione dell'attività espletata direttamente dalla ASL o la soppressione del servizio;
- a seguito di Convenzioni Consip S.p.A. o altre Convenzioni nazionali e/o regionali relative a fornitura analoghe a quelle oggetto del presente rinnovo, alle quali la ASL è obbligata ad aderire ai sensi della normativa vigente;
- a seguito di sopravvenuta stipulazione di nuovi contratti di beni o servizi oggetto della presente fornitura, sulla base di aggiudicazioni di gara centralizzate disposte dalla Regione Sardegna ovvero da CONSIP.

La Ditta dovrà presentare presso la sede legale dell'ASL n. 5 - Servizio Provveditorato a mezzo posta elettronica e/o fax al numero **0783/73315**, possibilmente entro il **20/01/2014**:

- conferma e/o miglioria dei prezzi, patti e condizioni della fornitura indicata in oggetto;
- copia della presente lettera, timbrata e firmata o siglata per accettazione su ogni foglio;
- eventuali proposte per la riduzione dei costi/percentuali di sconto applicate

Il prezzo dovrà essere comprensivo d'imballo, carico, scarico, trasporto presso la farmacia indicata nell'ordine.

Tutti i materiali forniti all'Azienda Sanitaria dovranno essere conformi alle disposizioni di legge vigenti ed alle norme U.E., dovranno essere esenti da difetti ed imperfezioni e la Ditta è ritenuta responsabile dei danni causati alle persone ed ai beni in conseguenza di tali imperfezioni.

Quest'Azienda si riserva la facoltà di procedere alla verifica degli articoli forniti e di respingere quelli non conformi all'ordine e alle condizioni contrattuali.

FATTURAZIONE E PAGAMENTI:

La Ditta dovrà emettere preferibilmente fattura elettronica da presentarsi in file con formato .pdf e firmata digitalmente con estensione .pdf.p7m da inviarsi al seguente indirizzo di posta elettronica: protocollo@pec.asloristano.it.

In alternativa si potrà presentare fattura cartacea al seguente indirizzo: AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 5 - Via Carducci 35 - 09170 ORISTANO - P.I. 00681110953.

La fattura dovrà obbligatoriamente riportare:

1. In numero del CIG indicato nell'ordinativo di fornitura;
2. il numero e la data dell'ordine al quale si riferisce la fornitura;
3. gli estremi del documento di trasporto.

ASL 5 Oristano

Direttore del servizio
(D.ssa Maria Gesuina Demotras)

Via Carducci, 35

09170 Oristano

Tel 0783/317780 Fax 0783/73315

www.asloristano.it

E-mail: Provveditorato@asloristano.it

ASL Oristano

Pag. 2 di 4

WELLSPECT HEALTHCARE
Divisione di DENTSPLY IR S.r.l.

Il Procuratore

[Firma]

4. Il magazzino destinatario della fornitura

L'assenza di tali indicazioni potrebbe ritardare/impedire l'emissione dell'ordinativo di pagamento senza che all'Azienda Sanitaria possa essere applicata alcuna penale per il ritardato pagamento.

I pagamenti verranno effettuati nel termine di 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura in subordine all'accertamento della regolarità della fornitura. Nel caso in cui la fattura venga emessa prima dell'accertamento della regolarità della fornitura il conteggio dei 60 giorni inizierà a decorrere dalla data della verifica di regolare esecuzione, in conformità a quanto indicato nel D.Lgs. 192/2012.

Eventuali comunicazioni di contestazione per difformità qualitativa della fornitura trasmesse dall'Azienda Sanitaria n° 5, rispetto a quanto ordinato, interrompono i termini di pagamento dei prodotti oggetto di contestazione, fino alla sostituzione di questi con altri analoghi e rispondenti a quanto richiesto dall'Azienda Sanitaria.

Al sensi dell'art. 3, comma 1, della Legge n. 136/2010, il pagamento dei corrispettivi dovuti sarà accreditato, mediante bonifico sul conto corrente bancario/postale, dedicato anche alle forniture oggetto del presente affidamento. In ciascun bonifico dovrà essere indicato il CIG dedicato inerente al singolo Contratto di Fornitura.

La Ditta si impegna a comunicare tempestivamente all'ASL le eventuali modifiche del sopra indicato conto corrente dedicato e delle persone delegate ad operare sullo stesso.

La Ditta attesta, con la restituzione della presente lettera, di essere in possesso dei sotto indicati requisiti di carattere generale e di idoneità professionale:

a) insussistenza di tutte le cause di esclusione indicate nell'art. 38 del D.Lgs. n° 163/2006 e s.m.i.;

b) iscrizione nel registro delle imprese presso la C.C.I.A.A. ovvero in analogo registro dello Stato di appartenenza, se trattasi di concorrenti stabiliti in altri stati membri dell'Unione Europea (art. 39 commi 2 e 3 del D.Lgs. n° 163/2006 e s.m.i.).

nonché di essere in possesso dei requisiti di capacità economico finanziaria e tecnico organizzativa tali da garantire il regolare espletamento delle forniture oggetto della presente richiesta.

La Ditta si impegna a rispettare tutte le clausole di cui al piano per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 639 del 31/07/2013 e pubblicato nel sito web dell'ASL nella sezione "trasparenza", finalizzato anche alla prevenzione dei tentativi d'infiltrazione della criminalità organizzata nel settore dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture e di accettarne incondizionatamente il contenuto e gli effetti.

Per eventuali controversie che potranno insorgere tra l'ASL n. 5 e la Ditta fornitrice è competente il Foro di Oristano.

ASL 5 Oristano
Direttore del servizio
(D.ssa Maria Gasuna Demurtas)

Via Carducci, 35
09170 Oristano
Tel 0783/517760 Fax 0783/73315
www.asloristano.it
E-mail: Provveditorato@asloristano.it

ASL Oristano

Pag. 3 di 4

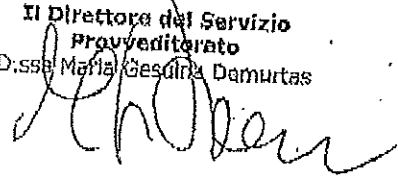
WELLSPECT HEALTHCARE
Divisione di DENTSPPLY IN S.r.l.
Il Procuratore

[Firma]

Eventuali chiarimenti e/o informazioni in merito alla presente procedura potranno essere richieste al referente dell'istruttoria.

In attesa di cortese riscontro si porgono distinti saluti.

Il Direttore del Servizio
Provveditorato
D.ssa Maria Gesuina Damurtas



Referente Istruttoria
Paola Gasparotto (tel. 0783/317785)
Mail: paola.gasparotto@asl.oristano.it

WELLSPECT HEALTHCARE
Divisione di DENTSPLY IH S.r.l.
Il Procuratore



ASL 5 Oristano

Direttore del servizio
(D.ssa Maria Gesuina Damurtas)

Via Carducci, 35
09170 Oristano
Tel 0783/517780 Fax 0783/73315
www.asloristano.it
E-mail: Provveditorato@asl.oristano.it

 ASL Oristano

Pag. 4 di 4