

**di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione
DEA di II Livello**

ESTRATTO VERBALE DI GARA N°1

AVVISO MANIFESTAZIONE INTERESSE/OFFERTA PER LA FORNITURA DI N.75 MASCHERE LARINGEE TIPO I-GEL PER LA NEURORIANIMAZIONE (FASC G 16/2025)

Esame della documentazione

L'anno 2025, il giorno 28 del mese di Gennaio presso la sede dell'U.O.C. Provveditorato Economato dell'A.O. " S. Pio" sita in Via dell'Angelo ,1 si è riunito, in seduta riservata, il Seggio di gara così composto :

D.ssa M. Nicoletta Mercuri – Presidente

Sig.ra Giovanna De Marco – Segretario

Sig.ra Cinzia Fiamma - Testimone

Premesso :

- che il Direttore della UOC Farmacia Ospedaliera ha trasmesso una richiesta per la fornitura di **N.75 MASCHERE LARINGEE TIPO I-GEL PER LA NEURORIANIMAZIONE;**
- che la linea guida ANAC n. 8 del 13.09.2017 impone, a prescindere dall'importo dell'acquisto, che la valutazione della infungibilità debba avvenire alla luce della normativa nazionale e comunitaria del settore di riferimento e delle caratteristiche dei mercati potenzialmente interessati, con la conseguenziale previsione di rivolgersi al mercato attraverso adeguate consultazioni preliminari mediante la pubblicazione di un avviso per 15 giorni sul sito istituzionale dell'Azienda ;
- che, pertanto, a far data dal 15.01.2025 è stato pubblicato sul sito istituzionale dell'Azienda un **"AVVISO PUBBLICO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE/OFFERTA FORNITURA N.75 MASCHERE LARINGEE TIPO I-GEL PER LA NEURORIANIMAZIONE**
- che preso atto che entro la data stabilita (24/01/2025) sono pervenute tramite pec mail ufficio.gare@pec.ao-rummo.it la documentazione amm/va e le schede tecniche delle ditte: **"omissis"**;
- che la documentazione presentata dalle Ditte risulta regolare e conforme alle prescrizioni dell'avviso.

Tanto premesso, il Seggio di gara decide di ammettere le ditte **"omissis"** e di trasmettere al Direttore FF della UOC Farmacia Ospedaliera le schede tecniche inviate dalle stesse , affinché venga predisposta relazione tecnica.

Del che è verbale, letto, approvato e sottoscritto dai componenti.

**IL SEGRETARIO
FIRMATO**

**IL PRESIDENTE
FIRMATO**

**IL TESTIMONE
FIRMATO**

**AZIENDA OSPEDALIERA
SAN PIO**

Via dell'Angelo , 1- Benevento C.F. 01009760628