

REGIONE PIEMONTE
AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO

OMEGNA

IL COMMISSARIO

DELIBERAZIONE N. **396** del **2 AGOSTO 2011**

O
G
G
E
T
T
O

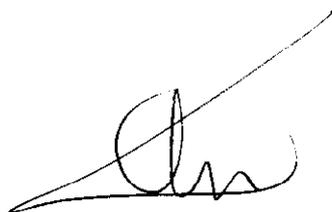
DELIBERAZIONE N. 455 DEL 17/06/2008:
"GARA D'APPALTO, MEDIANTE PROCEDURA APERTA PER LA
FORNITURA DI GAS MEDICALI AD USO TERAPEUTICO ED ESECUZIONE
DEI SERVIZI CONNESSI DI MANUTENZIONE ED ASSISTENZA TECNICA
DEGLI IMPIANTI DI DISTRIBUZIONE E DI GESTIONE DEI RECIPIENTI
MOBILI. PERIODO TRIENNALE PARI A GIORNI 1095. APPROVAZIONE
ATTI DI AGGIUDICAZIONE."
ULTERIORE FORNITURA AL 30/06/2012.

L'anno duemilaundici il giorno **DUE**

del mese di **AGOSTO** alle ore **8,00** in OMEGNA,

IL COMMISSARIO

- Dott. Corrado Cattrini



coadiuvato da:

- Dott. Renzo Sandrini DIRETTORE SANITARIO

ASSENTE
GIUSTIFICATO

- Dott. Gianmaria Battaglia DIRETTORE AMMINISTRATIVO



Riservato alla S.O.C. Gestione delle Risorse Economiche e Finanziarie per la registrazione della spesa

data 29.07.2011

al N. ^{inaducabile} AUT. 2011 | 1 SUB 82 conto 3100112

al N. AUT. 2011 | 1 SUB 83 conto 3100111

al N. AUT. 2011 | 7 SUB 53 conto 3100151

al N. _____ conto _____

005 012000 5

000

IL RESPONSABILE FUNZIONI
DELLA S.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA
(Dot. ssa Manuela SUCCI)

[Signature]

Beneficiario _____ e. 97.329,60

Beneficiario _____ e. 17.038,80

Beneficiario _____ e. 9.729,20

Annotazioni eventuali : dal 1.09.2011 al 30.06.2012

: 300 .

00 . 8

012000

- *servizio di manutenzione ordinaria programmata, ordinaria correttiva, straordinaria e di monitoraggio dei gas anestetici*
(articolo 5 Capitolato Speciale d'appalto)

alla Ditta: **DELTA P SRL**

via M. Castaldi, 5
Zibido San Giacomo MI

conformemente ai contenuti della documentazione che si mantiene agli atti;

- 2°) di dare atto, altresì, che la comunicazione formale del presente provvedimento all'affidatario tiene luogo, a tutti gli effetti, di contratto, ai sensi dell'art. 1326 del Codice Civile;
- 3°) di confermare che l'onere di spesa discendente dall'assunzione del presente provvedimento, valutato in presunti Euro 124.097,60= (IVA inclusa) potrà farsi fronte avvalendosi delle sotto segnate autorizzazioni, che presentano sufficiente disponibilità, a suo tempo assunte per analogo titolo di spesa ed iscritte ai riportati conti del Conto Economico Esercizio 2011:

conto 3 10 01 42			
autorizzazione n. 1	subimpegno: n. 82	€	97.329,60
conto 3 10 01 11			
autorizzazione n. 1	subimpegno: n. 83	€	17.038,80
conto 3 10 04 51			
autorizzazione n. 7	subimpegno: n. 53	€	9.729,20

mentre per quanto concernerà l'anno 2012, interessato stante la validità temporale dell'aggiudicazione disposta, occorrerà provvedervi con successivi e separati provvedimenti.

- 4°) di dare mandato alla S.O.C. Affari Generali di trasmettere copia della presente deliberazione al Collegio Sindacale, ai sensi dell'art. 14 della L.R. n° 10 del 24.01.1995".

IL DIRETTORE S.O.C. GESTIONE
FORNITURE E LOGISTICA
(dott. Federico Bonisoli)

FB/SS

IL COMMISSARIO

VISTA la sopra estesa proposta istruttoria;

ACQUISITO il parere favorevole espresso, ai sensi dell'art. 3 comma 1 - quinquies del D. Lgs. n. 229/1999, dal Direttore Amministrativo ~~e dal Direttore Sanitario;~~

DECIDE

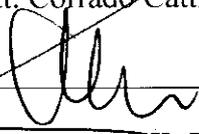
di approvarla integralmente adottandola quale propria deliberazione.

* * * * *



Letto, confermato e sottoscritto

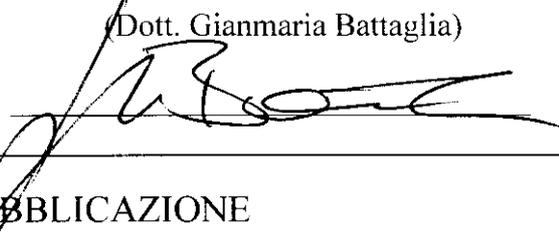
IL COMMISSARIO
(Dott. Corrado Cattrini)



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dott. Renzo Sandrini)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Gianmaria Battaglia)

**ASSENTE
GIUSTIFICATO**



RELAZIONE DI PUBBLICAZIONE

Si attesta che copia del presente atto è stata posta in pubblicazione all'Albo Ufficiale dell' A.S.L. VCO il giorno **- 8 AGO. 2011** per 15 giorni continuativi.

IL FUNZIONARIO INCARICATO

ESECUTIVITA' IN DATA _____

IL FUNZIONARIO INCARICATO

Trasmissione a:

- Collegio Sindacale

Nota prot. n. _____ del _____

- Conferenza dei Sindaci

Nota prot. n. _____ del _____

- Giunta Regionale

Nota prot. n. _____ del _____

Copia per strutture:

<input type="checkbox"/>

DSO V
SERT
DIST. 0
DIST. V
DIST. D
ML
MED URG
SITRPO

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>

DSM
DP
F
SD
LP
AG
BC
RU
PP

<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

MED. COMP
FL
REF
ITB
ICT
DIP. PAT. CHIRUR.
DIP TECNICO AMMVO
DIP. PAT. ONCOL.
DIP. SERVIZI DIAGN.

<input type="checkbox"/>

DIP. EMERG. URG.
DIP. AREA CRITICA
DIP. DIPENDENZE
DIP. POST ACUZIE
DIP. PAT. CNV
DIP. FARMACO
DIP. PAT. MEDICHE
DIP. MAT. INF.