

Riservato Ufficio Acquisti Gare e Appalti:

*Determina a contrarre n. 39 del 10/02/2021 C.I.G. Z61309B899*

---

**DETERMINA A CONTRARRE**

Affidamenti ai sensi dell'art. 36, comma 2, lett. a), lett. b) e lett. c) D.Lgs. n. 50/2016

**Riservato Ufficio richiedente:**

**Ufficio richiedente:** Ufficio Sicurezza

**Responsabile Unico del Procedimento:** Giacomo Lucibello

**Autorizzazione Consiglio di Amministrazione del** 00/00/00  
(per spese di importo pari o superiore a 20.000 euro)

**Tipologia della richiesta:** servizi

**Breve descrizione della richiesta:**

servizio di verifica dell'impianto di messa a terra

**Motivazione della richiesta:**

controllo biennale asl

**Importo al netto degli O.S.:** euro **3.720,00** oltre iva split payment; l'importo si intende comprensivo di eventuali costi di trasporto.

**Durata dell'affidamento:** mesi /

**Consegna/realizzazione entro gg /** lavorativi decorrenti dalla data di accettazione dell'ordine/stipula del contratto.

**Criterio di aggiudicazione ex art. 95 D.Lgs. n. 50/16:**

**Modalità di affidamento:** affidamento diretto senza previa consultazione di più operatori economici

**Modalità di scelta del contraente:**

	Manifestazione di interesse; se già svolta indicare estremi della determina: N. del
	Albo fornitori
<b>v</b>	Affidamento diretto (indicare motivazione) ASL Azienda Sanitaria di Firenze, ente abilitato, perfettamente a conoscenza della complessità dei nostri impianti in una struttura estremamente articolata.
	Altro (specificare)

*Riservato Ufficio Acquisti Gare e Appalti:*

*Determina a contrarre n. 39 del 10/02/2021 C.I.G. Z61309B899*

---

**Elenco operatori economici da invitare/nominativo del soggetto affidatario in caso di affidamento diretto:**

**Numero ditte invitate:**

INSERIRE RAGIONE SOCIALE E PARTITA IVA			
1	AZIENDA USL TOSCANA CENTRO 06593810481	2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		10	

**Modalità di pagamento (eventuali):** Bonifico 60 GG D.F.

**Sopralluogo:**

**Allegati:**

**F.to Il Responsabile Unico del Procedimento**

Giacomo Lucibello

**Riservato Ufficio Sicurezza:**

**Oneri per la sicurezza non soggetti a ribasso euro**

**F.to Il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione**

Dott. Renato Rogai