



Regione Siciliana



CENTRO PER LA FORMAZIONE PERMANENTE  
E L'AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE DEL SERVIZIO SANITARIO

Protocollo nr. : 0007845  
del 07/08/2015  
Ente: CEFPAS  
A00:



Spett.le  
Euroservice s.a.s.  
Via Monti Iblei 10/12  
90147 Palermo  
[euroservicepa@registerpec.it](mailto:euroservicepa@registerpec.it)

**OGGETTO: Incarico di fornitura di materiale di consumo dei servizi igienici del Cefpas.**  
**CIG ZC415A89AD**

**ART. 1 Contenuto e corrispettivo dell'incarico**

Con la presente si conferisce l'incarico di fornitura del materiale di consumo di seguito indicato, relativo ai servizi igienici del Cefpas:

- carta mani a strappo (bobine da 300 mt.)
- carta igienica minijambo (bobine da 200 mt.)
- sapone liquido mani.

Il presente incarico ha decorrenza 1 luglio u.s. per n. 3 mesi, ossia **fino al 30 settembre 2015.**

Il corrispettivo complessivo dell'incarico ammonta a complessivi **€ 1.182,75 IVA esclusa per n. 3 mesi**, pari a € 394,25 IVA esclusa mensili.

Il contratto si intende perfezionato con la restituzione a mezzo PEC della presente nota, firmata per accettazione dal rappresentante legale, unitamente a copia del documento di riconoscimento dello stesso in corso di validità.

Per effetto della sottoscrizione del presente atto, codesta Società si impegna a garantire, per tutta la durata del contratto, un'ideale fornitura del materiale di consumo sopra indicato, senza limiti quantitativi, attraverso un'efficiente gestione dello stesso, in relazione ai consumi effettivi, nonché a provvedere ad eventuali forniture aggiuntive, non previste nel presente contratto, legate a specifiche esigenze sopravvenute dell'Ente, previa formulazione di apposito preventivo.

Per effetto della sottoscrizione del presente atto, codesta Società si impegna, inoltre, a mantenere in comodato d'uso gratuito i dispenser già installati per la distribuzione di tutto il materiale di consumo sopra indicato, provvedendo altresì alle eventuali manutenzioni che dovessero rendersi necessarie nel corso del periodo contrattuale.

www.cefpas.it  
Cittadella Sant'Elia - via G. Mulè, 1 - 93100 CALTANISSETTA  
tel. 0934 505215 - fax 0934 591266 - e-mail: [cdp@cefpas.it](mailto:cdp@cefpas.it)  
Sede operativa di Palermo - c/o Assessorato Regionale della Salute  
via M. Vaccaro, 5 - 90145 Palermo  
tel. 091 7079361 P. IVA 01427360852

## **ART. 2 Requisiti**

Per il semplice fatto della sottoscrizione per accettazione del presente incarico, codesta Società dichiara di essere in possesso di tutti i requisiti di partecipazione previsti dall'art. 38, comma 1, del Codice dei contratti e dichiarati, ai sensi del DPR 445/2000, in calce al presente atto.

Si avverte, al riguardo, che il Cefpas si riserva di procedere alla verifica presso i competenti enti di tutto quanto da codesta Società autocertificato, costituendo causa di risoluzione del contratto l'accertamento della mancanza dei requisiti di partecipazione richiesti.

## **ART. 3 Pagamento del corrispettivo**

Il Cefpas procederà al pagamento dietro presentazione di regolare fattura mensile, subordinatamente all'esito positivo dei controlli effettuati circa la correttezza degli addebiti esposti e previa acquisizione del Documento Unico di Regolarità Contributiva (DURC) regolare.

Il pagamento sarà effettuato in via posticipata entro 60 gg. dalla presentazione di regolare fattura. Nel caso dovessero verificarsi contestazioni o irregolarità accertate dall'Ente, il termine di pagamento sarà automaticamente prorogato senza che possa farsi richiesta di interessi di sorta. Non sarà riconosciuto alcun compenso alla Ditta nel caso di inadempimento dell'obbligazione, ovvero sarà riconosciuto un pagamento ridotto in caso di adempimento parziale, fatta salva in ogni caso la riserva di richiedere la risoluzione del contratto ed il risarcimento dei danni subiti.

## **ART. 4 Obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari**

Il corrispettivo spettante alla Società per il pieno e perfetto adempimento delle prestazioni oggetto dell'incarico, unitamente all'I.V.A., verrà pagato dall'Ente mediante bonifico sul conto corrente dedicato.

Ai sensi e per gli effetti del disposto di cui all'art. 3 commi 8 e 9 della legge 13 agosto 2010, n. 136 la ditta si obbliga espressamente a riscuotere ogni corrispettivo con modalità che garantiscano la tracciabilità dei flussi finanziari. Costituisce causa di risoluzione del contratto la violazione dei suddetti obblighi di tracciabilità dei pagamenti, ai sensi della citata legge n. 136/2010.

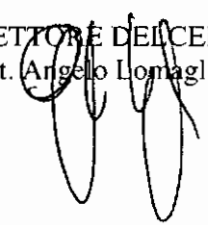
## **ART. 5 Foro competente**

Per ogni controversia che dovesse insorgere nell'esecuzione del contratto sarà competente il foro di Caltanissetta.

## **ART. 6 Rinvio**

Si fa rinvio alle disposizioni di legge vigenti in materia per tutto quanto in questa sede non espressamente previsto.

IL DIRETTORE DEL CENTRO  
(Dott. Angelo Longaglio)



**Per accettazione espressa** di tutte le condizioni contrattuali contenute nel presente atto e, in particolare, degli artt. 1, 2, 3, 4, 5, 6.

Addì / /2015

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nella qualità di \_\_\_\_\_ della società \_\_\_\_\_, dichiara, ai sensi del D.P.R. 445/00 e s.m.i., che la

**Ditta è in possesso dei requisiti di ordine generale previsti dall'art. 38 del D. Lgs. 163/06 e s.m.i.**

Addì / /2015

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma)

Dichiarazione, ai sensi del D.P.R. 445/00 e s.m.i., che la **Società risulta regolare ai fini del DURC.**

Addì / /2015

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nella qualità di \_\_\_\_\_ della società \_\_\_\_\_, al fine di assolvere agli obblighi sulla tracciabilità dei movimenti finanziari previsti dall'art. 3 della legge n. 136/2010, dichiara che il conto corrente sul quale confluiranno tutte le somme relative al presente incarico è il seguente:

Banca (denominazione completa) \_\_\_\_\_

Agenzia / filiale (denominazione e indirizzo) \_\_\_\_\_

Codice IBAN: \_\_\_\_\_

Codici di riscontro: ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_ CIN \_\_\_\_\_

Intestatario del conto (ragione sociale completa dell'azienda, sede legale, codice fiscale) \_\_\_\_\_

Dati identificativi dei soggetti (persone fisiche) che per l'impresa saranno delegati ad operare sul conto corrente dedicato:

a) Sig. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ operante in  
qualità di \_\_\_\_\_

Addì / /2015

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma)