

prot. n° 5281 del 22/03/2018

Proposta N° 21 Area Settima – Farmacia Data 19/03/2018		
--	---	--

**COMUNE DI CAPACI**  
PROVINCIA DI PALERMO

**AREA VII<sup>A</sup>**

Originale di Determinazione dirigenziale

N° <u>281</u> del Reg. Data <u>23.03.2018</u>	<b>OGGETTO</b>	<b>Impegno spesa per acquisto di articoli sanitari della Ditta MY BENEFIT Srl. CIG: Z0122DA38A</b>
Parte Riservata all'Area II Bilancio _____ ATTO n. _____ Missione <u>13</u> Programma <u>7</u> Titolo <u>1</u> Macroaggregato <u>103</u> Capitolo 011830 Visto di regolarità contabile attestante la copertura finanziaria IL RESPONSABILE DELL'AREA II Rag. F. Paolo Di Maggio		<b>NOTE</b>  <i>Grup. 18/17.6</i>

L'anno duemiladiciotto il giorno \_\_\_\_\_ del mese di \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ nella sala delle adunanze del Comune di Capaci il Responsabile di Area, analizza la seguente proposta ai fini dell'assunzione delle determinazioni di competenza.

**Il Responsabile del procedimento di cui all'art. 5 della l.r. 30/4/1991 n° 10, ai sensi dell'art. 2 della medesima legge,, propone l'adozione della presente proposta di deliberazione avente ad oggetto: "Impegno spesa per acquisto di articoli sanitari della Ditta MY BENEFIT Srl."**

**CIG: Z0122DA38A**

**PREMESSO CHE** con deliberazione di G.M. n 26 del 29/03/2018 è stata attribuita al Funzionario Responsabile dell' Area VII-Farmacia la direttiva e l'autorizzazione per la predisposizione degli atti necessari per l'affidamento della fornitura di farmaci, parafarmaci per il regolare funzionamento della farmacia comunale e che a tal fine, con il medesimo provvedimento, è stata assegnata, al medesimo funzionario, la complessiva somma di € 200.000,00;

**CHE** la Farmacia Comunale ha la necessità di fornire agli utenti tutti i prodotti a valenza sanitaria o farmaceutica richiesti, talvolta sulla scia di spot pubblicitari o con particolari marchi di fabbrica e per il cui approvvigionamento, verificando gli indici di rotazione, si ritiene utile e conveniente per questo Ente, al fine meglio competere sul mercato e previa verifica delle condizioni commerciali, rivolgersi per gli acquisti, direttamente alle Ditte produttrici o esclusiviste di particolari marchi di fabbrica, codificate nell'Informatore Farmaceutico (annuario italiano dei medicinali, dei laboratori e delle ditte farmaceutiche e parafarmaceutiche);

**CHE** la ditta My Benefit Srl produttrice di plantari e supporti ortopedici per la correzione della postura già fornitrice della farmacia ha proposto il riassortimento della sua linea di plantari in vista di una giornata dimostrativa gratuita da tenersi in farmacia;

**CONSIDERATO** che è utile commercialmente al fine di stimolare l'affluenza dell'utenza in farmacia ed al contempo incrementare l'attività di vendita dei prodotti proposti aderire a proposte commerciali di questo tipo e dato atto che trattasi di forniture destinate alla rivendita presso la Farmacia Comunale , sottoposte a logiche di mercato e alla richiesta degli utenti sulla base di spot pubblicitari o campagne promozionali;

**VISTO** il Regolamento comunale per l'affidamento in economia di beni e servizi approvato con atto del CC. n.13 del 18/02/2009;

**VISTO** il D.Lgs. 267/2000;

### **PROPONE DI DETERMINARE**

**Per quanto sopra esposto :**

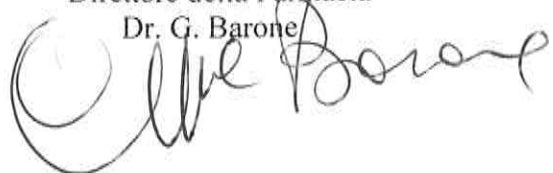
**1** – affidare ai sensi dell'art. 125, comma 10, lettera C, del D.lgs. 163/2006, come modificato dalla legge 106/2011, alla ditta My Benefit Srl via Leopardi, 46/a 41123 Modena, P.IVA 03281200364 la fornitura di parafarmaci e articoli sanitari con questo marchio, fino alla concorrenza dell'importo di € 800,00 oltre iva ;

**2** – di impegnare la somma di € 920,00 (IVA compresa) sull'intervento U.1.03.01.05.999 - capitolo 11830 del bilancio 2017;

**3** – di dare atto che, si procederà agli acquisti diretti nel rispetto dei limiti imposti dal regolamento comunale, per forniture di beni e servizi di cui in premessa.

Il Responsabile del procedimento  
Direttore della Farmacia

Dr. G. Barone



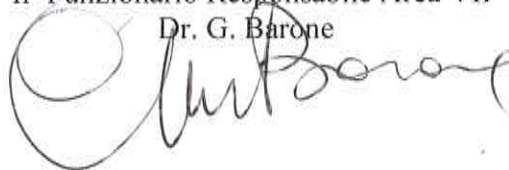
IL RESPONSABILE DI AREA

Vista la superiore proposta di determinazione ritenuta conforme sotto il profilo tecnico alle norme di legge e alle norme interne

DETERMINA

Di approvare la superiore proposta di determinazione.

Il Funzionario Responsabile Area VII  
Dr. G. Barone



Il Responsabile di Area  
*Dott. Giuseppe Barone*

---

Copia conforme all'originale, in carta libera, per uso amministrativo

Dal Municipio \_\_\_\_\_

**IL RESPONSABILE AREA VII^**  
(Dott. Giuseppe Barone)

---

## REFERTO DI PUBBLICAZIONE

**N. Reg. pubbl.** \_\_\_\_\_

Certifico io sottoscritto Segretario Generale su conforme dichiarazione del Responsabile Albo Pretorio, che copia del presente verbale viene pubblicato il giorno \_\_\_\_\_ all'Albo Pretorio ove rimarrà esposta per 15 giorni consecutivi.

**Il Responsabile Albo Pretorio**

**IL SEGRETARIO GENERALE**  
(Dr. Salvatore Somma)

---