


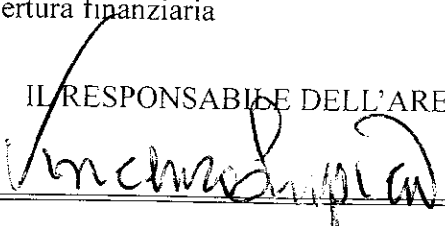
Prot.n. 3159 SA 22/02/16

Proposta n° <u>170</u>		
Area Settima		
Data <u>31/12/2015</u>		

**COMUNE DI CAPACI**  
PROVINCIA DI PALERMO

**AREA VII**

Originale di Determinazione dirigenziale

N° <u>76</u> del Reg.	<b>OGGETTO</b>	LIQUIDAZIONE FATTURE ALLA DITTA SO.FARMA.MORRA. PER FORNITURA FARMACI DICEMBRE (2) CIG: Z1D17CC241
Data <u>23-02-2016</u>		<b>NOTE</b>
Parte Riservata all'Area II Bilancio _____  ATTO n. _____ Titolo 1 Funzione 12 Servizio 05 Intervento 2 Capitolo 11830  Visto di regolarità contabile attestante la copertura finanziaria  IL RESPONSABILE DELL'AREA II 		PL. 16/285

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, ha proposto l'adozione della presente proposta di determinazione relativa alla: "**Liquidazione fatture alla Ditta So.Farma.Morra**" con P.IVA IT11985010153, giusta D.D. Area VII^ di impegno di spesa Racc.Gen. n. 021 del 08/01/2016, per la fattura n.PAEF/950059 del 31/12/2015 e la nota credito n.PAEF/950056 del 26/12/2015, per un totale imponibile di **euro 19.265,56** oltre ad I.V.A. di **euro 2.156,54** per un importo complessivo di **euro 21.422,10**, per l'acquisto di merce per la Farmacia Comunale con CIG assegnato n° Z1D17CC241

**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 determinazione avente ad oggetto: "LIQUIDAZIONE FATTURE ALLA DITTA SO.FARMA.MORRA. PER FORNITURA FARMACI DICEMBRE 2015. CIG: Z1D17CC241**

**Premesso che** con deliberazione di G.M. n. 3 del 08/01/2015 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 e servizio di tariffazione ricette per la farmacia comunale e che a tal fine, con il medesimo provvedimento, è stata assegnata, al medesimo funzionario, la complessiva somma di € 800.000,00;

**Che**, nelle more di poter predisporre un bando di gara, per la fornitura di farmaci, a valenza pluriennale, con determinazione dirigenziale n. 152, R.G. 021 del 08/01/2016, 08/01/2016 si è provveduto ad un affidamento diretto, per la fornitura di che trattasi, per un importo di € 39.900 oltre IVA, alla ditta SOFARMA MORRA;

**Considerato** che la farmacia comunale svolge un servizio istituzionale di dispensazione di farmaci, in regime convenzionale per conto del S.S.N. e che, al contempo, al pari delle farmacie private, è tenuta ad assicurare con regolarità il servizio medesimo (configurandosi, altrimenti, il reato previsto dall' art. 331c.p.) e preso atto che in conseguenza di ciò, il farmacista comunale ha continuato a tenere assortita la farmacia con i prodotti indispensabili al corretto espletamento del servizio medesimo, ordinandoli alla ditta di cui sopra la quale ha costituito la principale fonte di approvvigionamento;

**Visti** i seguenti documenti contabili, prodotti dalla ditta So.Farma.Morra: la fattura n.PAEF/950059 del 31/12/2015 e la nota credito n.PAEF/950056 del 26/12/2015, per un totale imponibile di **euro 19.265,56** oltre ad **I.V.A. di euro 2.156,54** per un importo complessivo di **euro 21.442,10**;

**Preso atto** del certificato Durc valido della Ditta SO.FARMA.MORRA S.p.A., e della dichiarazione ai sensi della legge 136/2010;

**Visto** che la merce è stata regolarmente fornita e presa in carico dalla Farmacia Comunale, come da attestazione apposta dal farmacista comunale sulle fatture fiscali;

**Considerato** che trattasi di fornitura di beni e servizi che sono stati utilizzati per fini istituzionali;

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

**Visto** il D.P.R. 633/1972 art. 17-ter

#### PROPONE DI DETERMINARE

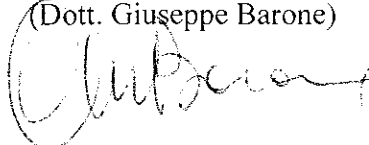
Per quanto sopra esposto:

1) **Liquidare e pagare** alla ditta So.Farma.Morra per la fornitura di farmaci, parafarmaci alla Farmacia Comunale nel mese di Dicembre 2015, mediante accreditamento presso Banco di Napoli S.p.A. filiale (CE) - sul Cod. IBAN IT07M0101014901100000005273, i seguenti documenti contabili: la fattura n.PAEF/950059 del 31/12/2015 e la nota credito n.PAEF/950056 del 26/12/2015, per un totale **imponibile di euro 19.265,56** oltre ad **I.V.A. di euro 2.156,54** per un importo complessivo di **euro 21.442,10**;

2) Imputare, sul Codice 1.12.05.02 - Cap. 11830 del bilancio 2015, **la complessiva spesa di € 21.442,10 sull'imp. 15/228,40**;

3) Versare a norma dell'art 17-ter del D.P.R. 633/1972 la quota IVA di **€ 2.156,54 (Iva Commerciale)**

Il Responsabile del procedimento  
(Dott. Giuseppe Barone)



Trasmissione nr. 04836

Da: IT00448310615 a: UF7FCU

Formato: SDI11

Telefono: 0106097307

E-mail: [corrado.rossochioso@cofarm.it](mailto:corrado.rossochioso@cofarm.it)

Mittente: SO.FARMA.MORRA SPA  
 Partita IVA: IT11985010153  
 Regime fiscale: Ordinario  
 Sede: VIA LAMBRETTA,2 - 20090 - SEGRATE (MI) IT  
 Iscrizione nel registro delle imprese  
 Provincia Ufficio Registro Imprese: MI  
 Numero di iscrizione: 1477991  
 Stato di liquidazione: non in liquidazione

Cessionario/committente: COMUNE CAPACI FARMACIA  
 COM.LE  
 Codice Fiscale: 80019740820  
 Sede: VIA VITTORIO EMANUELE,153 - 90040 - CAPACI (PA)  
 IT

## FATTURA NR. PAEF950059 DEL 31/12/2015

Importo totale documento:

21.390,67 (EUR)

## Riassunto dettagli fattura

Dettaglio doc.	Cod. articolo	Descrizione	Quantità	Valore unitario (EUR)	Sconto/magiorazione	Valore totale (EUR)	Aliquota IVA
0001		* CONCORSO SPESE LOGISTICHE	1.00	5,890000		5,89	22,00%
0002	MINSAN 902442262	INTIMOIL OLIO DET INTIMO 200ML	1.00	10,710000	Sconto 25,02% Importo: 2,68	8,03	22,00%
0003	MINSAN 903973776	PLAKKONTRO L CLLT PROT TOT 500ML	2.00	5,570000	Sconto 34,65% Importo: 3,87	7,27	22,00%
0004	MINSAN 002039055	AUREOMICINA *3% UNG DERM 14,2G	1.00	8,360000	Sconto 31,46% Importo: 2,63	5,73	10,00%
0005	MINSAN 002309045	FOLINA*20 CPS 5 MG	2.00	3,270000	Sconto 31,50% Importo: 2,06	4,48	10,00%
0006	MINSAN 003950019	ARGOTONE*G TT RINO 20ML	1.00	4,380000	Sconto 8,68% Importo: 0,38	4,00	10,00%
0007	MINSAN 015937016	ENEMAC*1 CLISMA 130 ML	1.00	2,410000	Sconto 8,71% Importo: 0,21	2,20	10,00%
0008	MINSAN 016366027	COUMADIN*30 CPR 5MG	1.00	1,970000	Sconto 31,47% Importo: 0,62	1,35	10,00%
0009	MINSAN 016479040	AKINETON FIALE*IM EV 5F 5MG1ML	1.00	2,670000	Sconto 31,46% Importo: 0,84	1,83	10,00%
0010	MINSAN 017758018	GLUCOPHAGE *30CPR RIV 500MG	1.00	1,650000	Sconto 31,52% Importo: 0,52	1,13	10,00%
0011	MINSAN 017758020	GLUCOPHAGE *FTE 40CPR RIV 850MG	1.00	4,220000	Sconto 31,52% Importo: 1,33	2,89	10,00%
0012	MINSAN 017758069	GLUCOPHAGE *60CPR RIV 1000MG	2.00	6,640000	Sconto 31,48% Importo: 4,18	9,10	10,00%
0013	MINSAN 019449038	METFORAL 850*30CPR RIV.850MG	3.00	3,430000	Sconto 31,49% Importo: 3,24	7,05	10,00%
0014	MINSAN 020096020	VIVIN C*20CPR EFF	1.00	4,900000	Sconto 8,57% Importo: 0,42	4,48	10,00%
0015	MINSAN 020702015	MAALOX*SOS P OS 200 ML	1.00	3,020000	Sconto 8,61% Importo: 0,26	2,76	10,00%
0016	MINSAN 020702080	MAALOX PLUS*30CPR MAST	2.00	4,870000	Sconto 8,62% Importo: 0,84	8,90	10,00%
0017	MINSAN 023161047	VOLTAREN*IM 5 F 3 ML 75 MG	1.00	2,670000	Sconto 31,46% Importo: 0,84	1,83	10,00%

Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

IVA	Impon./Importo (EUR)	Imposta (EUR)	Esigibilità
4.00%	80,02	3,20	Scissione dei pagamenti
10.00%	17.220,79	1.722,08	Scissione dei pagamenti
22.00%	1.938,18	426,40	Scissione dei pagamenti

Trasmissione nr. 04833

Da: IT00448310615 a: UF7FCU

Formato: SDI11

Telefono: 0106097307

E-mail: corrado.rossochioso@cofarm.it

Mittente: SO.FARMA.MORRA SPA

Partita IVA: IT11985010153

Regime fiscale: Ordinario

Sede: VIA LAMBRETTA,2 - 20090 - SEGRATE (MI) IT

Iscrizione nel registro delle imprese

Provincia Ufficio Registro Imprese: MI

Numero di iscrizione: 1477991

Stato di liquidazione: non in liquidazione

Cessionario/committente: COMUNE CAPACI FARMACIA  
COM.LE

Codice Fiscale: 80019740820

Sede: VIA VITTORIO EMANUELE,153 - 90040 - CAPACI (PA)  
IT

**NOTA DI CREDITO NR. PAEF950056 DEL 26/12/2015**

Importo totale documento:

**31,43 (EUR)**

**Riassunto dettagli fattura**

Dettaglio doc.	Cod. articolo	Descrizione	Quantità	Valore unitario (EUR)	Valore totale (EUR)	Aliquota IVA
0001	MINSAN 905715797	TOTAL BLOCK STICK 50+	1.00	8,470000	8,47	22,00%
0002	MINSAN 939133106	OZOGIN LIPOGEL VAG 25ML	1.00	9,880000	9,88	22,00%
0003	MINSAN 022628046	MICROSER*OS GTT 30ML 1,25% C/D	1.00	8,220000	8,22	10,00%

**Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura**

IVA	Impon./Importo (EUR)	Imposta (EUR)	Esigibilità
10.00%	8,22	0,82	Scissione dei pagamenti
22.00%	18,35	4,04	Scissione dei pagamenti

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
(art. 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a MORRA ALESSANDRO  
nato/a a FRIGNANO Provincia CE il 26/09/1948  
residente in VIA F. RUSSO N. 9  
Comune NAPOLI Provincia NA  
in qualità di PRESIDENTE  
della Ditta SO. FARMA. MORRA SPA  
con sede legale in VIA REDEGGIO N. 12  
Comune SEGRATE Provincia MI  
C.F. / Partita I.V.A. 00448310615 / 11985010153

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, previste e richiamate dal D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445,

**DICHIARA**

di ottemperare alle disposizioni di cui alla Legge 13 agosto 2010, n. 136, "Piano straordinario contro le mafie, nonché delega al Governo in materia di normativa antimafia", con particolare riferimento in riferimento all'articolo 3 della citata legge, ed a tal fine

**COMUNICA** gli estremi identificativi del  
*Conto Corrente Bancario / Conto Corrente Postale*  
dedicato *in via esclusiva / dedicato in via non esclusiva*  
alle commesse pubbliche:

<u>Estremi identificativi del Conto Corrente Bancario:</u>	<u>Estremi identificativi del Conto Corrente Postale:</u>
Banca: <u>BANCO DI NAPOLI</u>	Banca: .....
Sede/Agenzia: <u>CASERTA</u>	Sede/Agenzia: .....
Numero di conto: <u>100000005213</u>	Numero di conto: .....
Intestazione: <u>SO FARMA MORRA SPA</u>	Intestazione: .....
Codice IBAN: <u>IT071001010119040000005213</u>	Codice IBAN: .....

**COMUNICA**

altresì i dati anagrafici, il Codice Fiscale e la carica della / delle persona / persone delegata / delegate ad operare sul conto medesimo.

Delegato ad operare sul Conto Corrente:

Nome LUCIANO ..... Cognome ESPOSITO .....  
Carica RESPONSABILE AMMINISTRATIVO .....  
Nato a NAPOLI ..... il 04/02/1969 .....  
Codice Fiscale SPS LCN 69C07 F839G .....

Delegato ad operare sul Conto Corrente:

Nome ETIORE ..... Cognome MORRA .....  
Carica RESPONSABILE COMMERCIALE .....  
Nato a NAPOLI ..... il 30/05/1981 .....  
Codice Fiscale MRR TTR 81E30 F839S .....

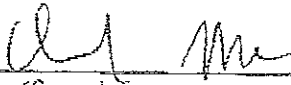
Delegato ad operare sul Conto Corrente:

Nome ..... Cognome .....  
Carica .....  
Nato a ..... il .....  
Codice Fiscale .....

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. n. 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**SO.FARMA.MORRA S.p.A.**  
SEDE LEGALE  
Via Redocasio, 12/B Loc. Lavandari  
20090 SEGRATE (MI)  
Part IVA 11985010153  
Cod. Fisc. 00448310613

NOLA 25/02/2011  
(luogo, data)

  
(firma)

Al sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000; la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante in corso di validità, oppure a mezzo posta, via telefax o tramite un incaricato

## Durc On Line

Numero Protocollo	INPS_1387971	Data richiesta	05/11/2015	Scadenza validità	04/03/2016
-------------------	--------------	----------------	------------	-------------------	------------

Denominazione/ragione sociale	SO.FARMA.MORRA S.P.A.
Codice fiscale	00448310615
Sede legale	VIA LAMBRETTA 20090 MI

Con il presente Documento si dichiara che il soggetto sopra identificato **RISULTA REGOLARE** nei confronti di

I.N.P.S.
I.N.A.I.L.

Il Documento ha validità di 120 giorni dalla data della richiesta e si riferisce alla risultanza, alla stessa data, dell'interrogazione degli archivi dell'INPS, dell'INAIL e delle Casse Edili per le imprese che svolgono attività dell'edilizia.



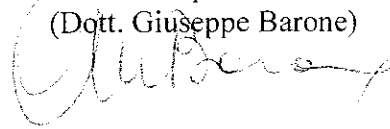
IL RESPONSABILE DI AREA

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  
(Dott. Giuseppe Barone)

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Giuseppe Barone', written over the printed name.

**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  
(D.ssa Antonella Spataro)**

---