

AORN Santobono - Pausilipon



Prot. nr. 0023644
del 13/11/2023
alle 14:06

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DEI
SERVIZI DI VIGILANZA ARMATA E SERVIZI DI VIGILANZAAGGIUNTIVI
PRESSO LE SEDI DELLE AZIENDE SANITARIE ED OSPEDALIERE DELLA
REGIONE CAMPANIA**

ALLEGATO B5

MODELLO PROPOSTA DEL PIANO DI FORNITURA

Società: Pegaso Security S.p.A.

Sito in Via Monte Grappa, 7 –
20090 Pieve Emanuele

N.ro di protocollo della Amministrazione Richiedente 164/2023 del

A.O.R.N. Santobono Pausilipon

Indirizzo Via T. Ravaschieri, 8 Cap 80121 Città
Napoli

N° tel., N° Fax E-mail
santobonopausilipon@pec.it

PROPOSTA PIANO DI FORNITURA

Il sottoscritto Carlo
De Nigris

Per la Società Pegaso Security S.p.A. C.F. 08016680727

con sede in Pieve Emanuele Via Monte Grappa, 7 CAP 20090 Provincia MI Tel. 0280016624 Fax E-mail
ufficiogare@pegasosecurity.it

di seguito Fornitore

a

Amministrazione A.O.R.N. Santobono Pausilipon Direzione/Dipartimento/Altro C.F.

con sede in Napoli Via T. Ravaschieri, 8 CAP 80121 Provincia Tel Fax E-mail

di seguito Amministrazione Richiedente

PREMESSO

a) che in data 27.07.2023 è stata stipulata una convenzione per l’affidamento dei Servizi di Vigilanza Fissa armata e Servizi Aggiuntivi di Vigilanza Lotto 15 CIG 7904120E27,

- b) che l’Amministrazione Richiedente rientra tra i soggetti che possono utilizzare la Convenzione stipulata con il Fornitore;
- c) che la Convenzione ed i suoi allegati regolano i termini generali del rapporto tra le parti e che, in caso di contrasti, le previsioni della stessa prevarranno su quelle degli atti di sua esecuzione;
- d) che l’Amministrazione Richiedente con nota al protocollo n. del 10/10/2023 ha inviato una Richiesta Preliminare di Fornitura.
- e) che il Fornitore ha svolto i sopralluoghi presso i presidi di interesse nel seguito riepilogati, ai sensi dell’art. 4.2 del Capitolato Tecnico di Gara (vedasi Verbali di sopralluogo allegato).

PRESIDIO	VIA, COMUNE, PROVINCIA E CAP	DATA ESECUZIONE SOPRALLUOGO
SANTOBONO	VIA M. FIORE, 6 - NAPOLI	18.10.2023
PAUSILIPON	VIA POSILLIPO, 226 - NAPOLI	18.10.2023
DIREZIONE	VIA T. RAVASCHIERI 8 - NAPOLI	18.10.2023

- f) che il Fornitore abbia svolto il censimento degli impianti e delle apparecchiature nella disponibilità dell’Amministrazione ai sensi dell’art. 4.3 del Capitolato Tecnico di Gara (vedasi Censimento Apparecchiature allegato _____).
- g) che il Fornitore ha predisposto l’Audit di Sicurezza ai sensi dell’art. 4.3 del Capitolato Tecnico di Gara (vedasi Audit di sicurezza allegato _____).

PROPONE

- l) la seguente Proposta di Piano di Fornitura dettagliata per singolo presidio di seguito elencato.

Presidi	Via, Comune, Provinci a eCAP	Servizi proposti	Allegato
Santobono		1. vigilanza fissa armata diurna e notturna 2. 3. 4.	

Pausilipon		1. vigilanza fissa armata diurna e notturna 2. 3. 4.	
Direzione		1. 2. 3. n.	

Per un canone mensile del servizio pari euro 80.854,80 corrispondente ad euro 3.881.030,40 per il servizio quadriennale.

In caso di subappalto, il Fornitore è tenuto ad indicare i servizi o le forniture, o parti di servizi e di forniture, che intende subappaltare.

In caso di partecipazione in RTI, il Fornitore è tenuto ad indicare tutte le imprese che costituiscono il raggruppamento.

per il Fornitore

Allegati:

Modulo Presidio 1_____: VERBALE DI SOPRALLUOGO

Modulo Presidio 1_____: CENSIMENTO APPARECCHIATURE

Modulo Presidio 1_____: AUDIT DI SICUREZZA

Modulo Presidio 1_____: PROPOSTA DI FORNITURA

Modulo Presidio 2_____: VERBALE DI SOPRALLUOGO

Modulo Presidio 2_____: CENSIMENTO APPARECCHIATURE

Modulo Presidio 2_____: AUDIT DI SICUREZZA

Modulo Presidio 2_____: PROPOSTA DI FORNITURA

Modulo Presidio 3_____: VERBALE DI SOPRALLUOGO

Modulo Presidio 3_____: CENSIMENTO APPARECCHIATURE

Modulo Presidio 3 : AUDIT DI SICUREZZA Modulo

Presidio 3 : PROPOSTA DI FORNITURA

Modulo Presidio 1_____ : VERBALE DI SOPRALLUOGO

INSERIRE ALLEGATO – MODELLO DI VERBALE DI SOPRALLUOGO

Modulo Presidio 1_____ : CENSIMENTO APPARECCHIATURE

INSERIRE ALLEGATO – CENSIMENTO APPARECCHIATURE (*a discrezione del Fornitore*)

Modulo Presidio 1_____ : AUDIT DI SICUREZZA

INSERIRE ALLEGATO – AUDIT DI SICUREZZA (*a discrezione del Fornitore*)

Modulo Presidio 1_____ : PROPOSTA DI FORNITURA

Informazioni generali

Presidio Santobono sito in Via M. Fiore, 6

Responsabile della Fornitura

Nome e Cognome Dott.ssa Daniela Schiavone

Email dm@santobono@santobonopausilipon.it

Telefono 0812205831

DATA DI INIZIO EROGAZIONE DEI SERVIZI (riferita al primo servizio attivato)

16.11.2023

Dettaglio dei servizi proposti

a) VIGILANZA ARMATA FISSA DIURNA E NOTTURNA

Postazioni presidiate	Nr. GPG	Fascia oraria	Giorni
Presidio Pronto Soccorso	3	H24	365
Presidio Varco Via Caiazzo	1	H24	365
Presidio Varco Via Caiazzo	1	9 ore (8:00 – 17:00)	365
Presidio Pronto Soccorso	1	17 ore (6:00 – 23:00)	365
Ronda all’interno del Presidio Ospedaliero	2	7 ore (16:00 – 23:00)	365

Per un canone mensile del servizio pari euro 77.438,40 corrispondente ad euro 3.717.043,20 per il servizio quadriennale.

NOTE AL SERVIZIO

b) RONDE ISPETTIVE

RONDA 1

Numerosità: _____ (es. 3 Ronde)

Frequenza: _____ (es. ogni 15 min)

Punti di controllo: _____

Percorsi: _____

Fascia oraria: _____ (es. 20,00-22,00)

Giorni: _____ (es. lunedì, mercoledì etc)

RONDA 2

Numerosità: _____

Frequenza: _____

Punti di controllo: _____

Percorsi: _____

Fascia oraria: _____

Giorni: _____

RONDA 3

Numerosità: _____

Frequenza: _____

Punti di controllo: _____

Percorsi: _____

Fascia oraria: _____

Giorni: _____

RONDA Nesima

Numerosità: _____

Frequenza: _____

Punti di controllo: _____

Percorsi: _____

Fascia oraria: _____

Giorni: _____

Per un canone mensile del servizio pari euro _____ corrispondente ad euro _____ per il servizio quadriennale.

NOTE AL SERVIZIO

c) TELEVIGILANZA E TELESORVEGLIANZA

TELEVIGILANZA

SI NO

Tipo di collegamento: _____

Nota: _____

TELESORVEGLIANZA

SI NO

Tipo di collegamento: _____

Nota: _____

Per un canone mensile del servizio pari euro _____ corrispondente ad euro _____ per il servizio quadriennale.

NOTE AL SERVIZIO

d) FORNITURA DI NUOVI IMPIANTI E ATTREZZATURE DISORVEGLIANZA

Apparecchiatura (tipologia)	Nr.	Luogo installazione	Ore manodopera

Per un canone mensile del servizio pari euro _____ corrispondente ad euro _____ per il servizio quadriennale.

NOTE AL SERVIZIO

Previo sopralluogo

e) MANUTENZIONE

IMPIANTI BASE

Apparecchiatura	Nr.	Luogo installazione

Per un canone mensile del servizio pari euro _____ corrispondente ad euro _____ per il servizio quadriennale.

NOTE AL SERVIZIO
Previo sopralluogo

ALTRI IMPIANTI

1

Apparecchiatura: _____

Descrizione:

Luogo: _____

Programma di manutenzione:

Ore di manodopera: _____

2

Apparecchiatura: _____

Descrizione:

Luogo: _____

Programma di manutenzione:

Ore di manodopera: _____

3

Apparecchiatura: _____

Descrizione:

Luogo: _____

iesimo

Apparecchiatura: _____

Descrizione:

Luogo: _____

Programma di manutenzione:

Ore di manodopera: _____

Programma di manutenzione:

Ore di manodopera: _____

Per un canone mensile del servizio pari euro _____ corrispondente ad euro _____ per il servizio quadriennale.

f) MANUTENZIONE CORRETTIVA

No. 1

Apparecchiatura: _____

Descrizione problematica rilevata: _____

Luogo dell'intervento: _____

Programma di manutenzione: _____

Ore di manodopera: _____

No. 2

Apparecchiatura: _____

Descrizione problematica rilevata: _____

Luogo dell'intervento: _____

Programma di manutenzione: _____

Ore di manodopera: _____

No. iesima

Apparecchiatura: _____

Descrizione problematica rilevata: _____

Luogo dell’intervento: _____

Programma di manutenzione: _____

Ore di manodopera: _____

Per un canone mensile del servizio pari euro _____ corrispondente ad euro _____ per il servizio quadriennale.

Modulo Presidio 2_____ : VERBALE DI SOPRALLUOGO

INSERIRE ALLEGATO – MODELLO DI VERBALE DI SOPRALLUOGO

Modulo Presidio 2_____ : CENSIMENTO APPARECCHIATURE

INSERIRE ALLEGATO – CENSIMENTO APPARECCHIATURE (*a discrezione del Fornitore*)

Modulo Presidio 2_____ : AUDIT DI SICUREZZA

INSERIRE ALLEGATO – AUDIT DI SICUREZZA (*a discrezione del Fornitore*)

Modulo Presidio 2_____ : PROPOSTA DI FORNITURA

Informazioni generali

Presidio Pausilipon sito in Via Posillipo, 226

Responsabile della Fornitura Nome e Cognome_

Annalisa Granata

Email **a.granata@santobonopausilipon.it**

Telefono **0812205506**

DATA DI INIZIO EROGAZIONE DEI SERVIZI (riferita al primo servizio attivato)

16.11.2023

Dettaglio dei servizi proposti

a) VIGILANZA ARMATA FISSA DIURNA E NOTTURNA

Postazioni presidiate	Nr. GPG	Fascia oraria	Giorni
Presidio Varco Via Posillipo e/o del Presidio	1	H24	365
Ronda all’interno del Presidio Ospedaliero e controllo delle uscite dei visitatori dalle singole strutture di degenza.	1	13 ore (7:00 – 20:00)	365

Per un canone mensile del servizio pari euro 21.067,80 corrispondente ad euro 1.011.254,40 per il servizio quadriennale.

NOTE AL SERVIZIO

b) RONDE ISPETTIVE

RONDA 1

Numerosità: _____ (es. 3 Ronde)

Frequenza: _____ (es. ogni 15 min)

Punti di controllo: _____

Percorsi: _____

Fascia oraria: _____ (es. 20,00-22,00)

Giorni: _____ (es. lunedì, mercoledì etc)

RONDA 2

Numerosità: _____

Frequenza: _____

Punti di controllo: _____

Percorsi: _____

Fascia oraria: _____

Giorni: _____

RONDA 3

Numerosità: _____

Frequenza: _____

Punti di controllo: _____

Percorsi: _____

Fascia oraria: _____

Giorni: _____

RONDA Nesima

Numerosità: _____

Frequenza: _____

Punti di controllo: _____

Percorsi: _____

Fascia oraria: _____

Giorni: _____

Per un canone mensile del servizio pari euro _____ corrispondente ad euro _____ per il servizio quadriennale.

NOTE AL SERVIZIO

c) TELEVIGILANZA E TELESORVEGLIANZA

TELEVIGILANZA

SI

NO

Tipo di collegamento: _____

Nota: _____

TELESORVEGLIANZA

SI

NO

Tipo di collegamento: _____

Nota: _____

Per un canone mensile del servizio pari euro _____ corrispondente ad euro _____ per il servizio quadriennale.

NOTE AL SERVIZIO

Previo sopralluogo

d) FORNITURA DI NUOVI IMPIANTI E ATTREZZATURE DISORVEGLIANZA

Apparecchiatura	Nr.	Luogo installazione	Ore manodopera

Per un canone mensile del servizio pari euro _____ corrispondente ad euro _____ per il servizio quadriennale.

NOTE AL SERVIZIO

Previo sopralluogo

e) MANUTENZIONE

IMPIANTI BASE

Apparecchiatura	Nr.	Luogo installazione

Per un canone mensile del servizio pari euro _____ corrispondente ad euro _____ per il servizio quadriennale.

NOTE AL SERVIZIO

Previo sopralluogo

ALTRI IMPIANTI

1

Apparecchiatura: _____

Descrizione:

Luogo: _____

Programma di manutenzione:

Ore di manodopera: _____

2

Apparecchiatura: _____

Descrizione:

Luogo: _____

Programma di manutenzione:

Ore di manodopera: _____

3

Apparecchiatura: _____

iesimo

Apparecchiatura: _____

Descrizione:

Luogo: _____

Programma di manutenzione:

Ore di manodopera: _____

Descrizione:

Luogo: _____

Programma di manutenzione:

Ore di manodopera: _____

Per un canone mensile del servizio pari euro _____ corrispondente ad euro _____ per il servizio quadriennale.

f) MANUTENZIONE CORRETTIVA

No. 1

Apparecchiatura: _____

Descrizione problematica rilevata: _____

Luogo dell'intervento: _____

Programma di manutenzione: _____

Ore di manodopera: _____

No. 2

Apparecchiatura: _____

Descrizione problematica rilevata: _____

Luogo dell'intervento: _____

Programma di manutenzione: _____

Ore di manodopera: _____

No. iesima

Apparecchiatura: _____

Descrizione problematica rilevata: _____

Luogo dell'intervento: _____

Programma di manutenzione: _____

Ore di manodopera: _____

Per un canone mensile del servizio pari euro _____ corrispondente ad euro _____ per il servizio quadriennale.

Modulo Presidio 3 _____: VERBALE DI SOPRALLUOGO

INSERIRE ALLEGATO – MODELLO DI VERBALE DI SOPRALLUOGO

Modulo Presidio 3 _____: CENSIMENTO APPARECCHIATURE

INSERIRE ALLEGATO – CENSIMENTO APPARECCHIATURE (*a discrezione del Fornitore*)

Modulo Presidio 3 _____: AUDIT DI SICUREZZA

INSERIRE ALLEGATO – AUDIT DI SICUREZZA (*a discrezione del Fornitore*)

Modulo Presidio 3 _____: PROPOSTA DI FORNITURA

Informazioni generali

Presidio Direzione sito in Via T. Ravaschieri, 8

Responsabile della Fornitura Nome e Cognome Fabio De Florio La Rocca

Email f.deflorio@santobonopausilipon.it

Telefono 0812205256

DATA DI INIZIO EROGAZIONE DEI SERVIZI (riferita al primo servizio attivato)

16.11.2023

Dettaglio dei servizi proposti

a) VIGILANZA ARMATA FISSA DIURNA E NOTTURNA

Postazioni presidiate	Nr. GPG	Fascia oraria	Giorni
Presidio Direzione	1	9 ore (08.00 – 17.00)	252

Per un canone mensile del servizio pari euro 3.536,19 corrispondente ad euro 169.737,12 per il servizio quadriennale.

NOTE AL SERVIZIO**b) RONDE ISPETTIVE****RONDA 1**

Numerosità: _____ (es. 3 Ronde)

Frequenza: _____ (es. ogni 15 min)

Punti di controllo: _____

Percorsi: _____

Fascia oraria: _____ (es. 20,00-22,00)

Giorni: _____ (es. lunedì, mercoledì etc)

RONDA 2

Numerosità: _____

Frequenza: _____

Punti di controllo: _____

Percorsi: _____

Fascia oraria: _____

Giorni: _____

RONDA 3

Numerosità: _____

Frequenza: _____

Punti di controllo: _____

Percorsi: _____

Fascia oraria: _____

Giorni: _____

RONDA Nesima

Numerosità: _____

Frequenza: _____

Punti di controllo: _____

Percorsi: _____

Fascia oraria: _____

Giorni: _____

Per un canone mensile del servizio pari euro _____ corrispondente ad euro _____ per il servizio quadriennale.

NOTE AL SERVIZIO

--

c) TELEVIGILANZA E TELESORVEGLIANZA

TELEVIGILANZA

SI NO

Tipo di collegamento: _____

Nota: _____

TELESORVEGLIANZA

SI NO

Tipo di collegamento: _____

Nota: _____

Per un canone mensile del servizio pari euro _____ corrispondente ad euro _____ per il servizio quadriennale.

NOTE AL SERVIZIO

Previo sopralluogo

d) FORNITURA DI NUOVI IMPIANTI E ATTREZZATURE DISORVEGLIANZA

Apparecchiatura	Nr.	Luogo installazione	Ore manodopera

Per un canone mensile del servizio pari euro _____ corrispondente ad euro _____ per il servizio quadriennale.

NOTE AL SERVIZIO

Previo sopralluogo

e) MANUTENZIONE

IMPIANTI BASE

Apparecchiatura	Nr.	Luogo installazione

Per un canone mensile del servizio pari euro _____ corrispondente ad euro _____ per il servizio quadriennale.

NOTE AL SERVIZIO

Previo sopralluogo

ALTRI IMPIANTI

1

Apparecchiatura: _____

Descrizione:

Luogo: _____

Programma di manutenzione:

Ore di manodopera: _____

2

Apparecchiatura: _____

Descrizione:

Luogo: _____

Programma di manutenzione:

Ore di manodopera: _____

3

Apparecchiatura: _____

iesimo

Apparecchiatura: _____

Descrizione:

Luogo: _____

Programma di manutenzione:

Ore di manodopera: _____

Descrizione:

Luogo: _____

Programma di manutenzione:

Ore di manodopera: _____

Per un canone mensile del servizio pari euro _____ corrispondente ad euro _____ per il servizio quadriennale.

f) MANUTENZIONE CORRETTIVA

No. 1

Apparecchiatura: _____

Descrizione problematica rilevata: _____

Luogo dell'intervento: _____

Programma di manutenzione: _____

Ore di manodopera: _____

No. 2

Apparecchiatura: _____

Descrizione problematica rilevata: _____

Luogo dell’intervento: _____

Programma di manutenzione: _____

Ore di manodopera: _____

No. iesima

Apparecchiatura: _____

Descrizione problematica rilevata: _____

Luogo dell’intervento: _____

Programma di manutenzione: _____

Ore di manodopera: _____

Per un canone mensile del servizio pari euro _____ corrispondente ad euro _____ per il servizio quadriennale.