

**AREA ECONOMICA FINANZIARIA E DELLA COMMITTENZA
U.O.C. PROCEDURE D'ACQUISTO E CONTRATTI**

AVVISO INDAGINE DI MERCATO PROT. **67878**

DEL **11/04/2019**

SEDE OPERATIVA: VIA PRIMO CARNERA N. 1 00142 ROMA
Sito Aziendale : www.aslroma2.it

Questa ASL ROMA 2 intende accertare l'esistenza sul mercato di ditte che forniscono il Servizio di Interpretariato Telefonico, occorrente ai Presidi Ospedalieri S. Pertini, S. Eugenio e C.T.O. "A. Alesini" presenti nel territorio della Asl Roma 2

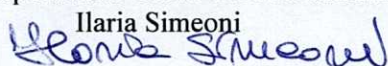
Il Servizio di Interpretariato Telefonico necessita al fine di sopperire alle criticità presenti nelle strutture sopra citate concernenti il rispetto delle differenze culturali ed etniche evidenziato evidenziato anche dalla carenza/mancanza di traduzione multilingue di materiale informativo o del consenso informato. Tale Servizio, inoltre, si rende necessario al fine di perfezionare l'accesso alle cure per i pazienti stranieri presenti nel territorio multiculturale della Asl Roma 2.

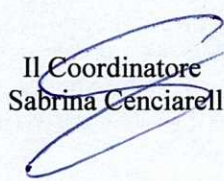
Gli operatori economici interessati che ritengono di poter offrire un servizio equivalente al servizio di "Interpretariato telefonico", possono inoltrare la propria manifestazione di interesse al seguente indirizzo PEC: procedure.acquisto@pec.aslroma2.it entro le ore 12:00 del giorno **18/04/2019**, allegando, in formato pdf, la documentazione di seguito evidenziata che dovrà essere sottoscritta con firma leggibile e per esteso (Nome cognome e qualifica) dalla persona autorizzata a rappresentare ed impegnare legalmente la Società, autenticata con le modalità di cui al DPR 28 dicembre 2000 n. 445.

La presente indagine di mercato non necessariamente costituirà oggetto di apposita procedura di gara.

Distinti saluti.

Il Responsabile Unico del Procedimento

Ilaria Simeoni


Il Coordinatore
Sabrina Cenciarelli


SERVIZIO DI INTERPRETARIATO TELEFONICO

Ragione Sociale _____

Sede Legale _____ Città _____ ()

Sede Operativa _____ Città _____ ()

Presidente/Legale Rappresentante _____

Telefono _____ Fax _____

e-mail _____ pec _____

Tipologia (Cooperativa Sociale – Associazione – Società)

Breve descrizione delle attività svolte e per conto di chi:

Data

firma del legale rappresentante
