



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

**PROCEDURA APERTA PER L’AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA IN MODALITA’
“SERVICE” DI SISTEMI INFUSIONALI, OCCORRENTI ALLE UU.OO. DEI PRESIDI
OSPEDALIERI AZIENDALI.**

ALLEGATO N. 11

MODELLO DI SCHEDA DI INSTALLAZIONE DEL SISTEMA/DISPOSITIVO



OGGETTO: *Gara mediante procedura aperta per l'affidamento della fornitura in modalità "service" di sistemi infusionali, occorrenti alle UU.OO. dei Presidi Ospedalieri Aziendali.*

SCHEDA DI INSTALLAZIONE

CARATTERISTICHE TECNICHE

Si chiede di fornire le informazioni sotto indicate in un'unica scheda riportante la dicitura "SCHEDA DI INSTALLAZIONE". Non verranno presi in considerazione rimandi a manuali d'uso.

Nel caso si facesse riferimento ad allegati, questi ultimi dovranno riportare la dicitura "allegato scheda di installazione".

Si ricorda, inoltre, che se il dispositivo offerto è parte di un sistema (es. collegamento a PC, monitor etc..) i dati riportati devono tener conto di tutti i componenti del sistema.

Senza tali informazioni non potrà essere valutato il dispositivo

ANAGRAFICA DISPOSITIVO MEDICO

Indicare per l'apparecchiatura principale:

- Tipologia: _____
- Modello: _____
- Produttore: _____
- Codice CND: _____
- Numero di iscrizione nel Repertorio dei dispositivi medici _____
- Fornitore (Società e persona di riferimento, recapito telefonico): _____
- Destinazione d'uso: _____

LIMITI AMBIENTALI DI FUNZIONAMENTO

Indicare:

- Range di temperatura [°C]: _____
- Range di umidità relativa: _____
- Calore disperso nell'ambiente [kW] _____

ANAGRAFICA COMPONENTI/ACCESSORI MEDICI

Indicare per ogni componente/accessorio:

COMPONENTE/ACCESSORIO

- Tipologia: _____
- Modello: _____
- Produttore: _____



- Codice CND: _____
- Numero di Iscrizione nel Repertorio dei dispositivi medici: _____

COMPONENTE/ACCESSORIO

- Tipologia: _____
- Modello: _____
- Produttore: _____
- Codice CND: _____
- Numero di Iscrizione nel Repertorio dei dispositivi medici: _____

COMPONENTE/ACCESSORIO

- Tipologia: _____
- Modello: _____
- Produttore: _____
- Codice CND: _____
- Numero di Iscrizione nel Repertorio dei dispositivi medici: _____

REQUISITI ELETTRICI

Indicare:

- Numero totale delle prese elettriche necessario per il funzionamento di tutto il sistema (compresi gli eventuali PC, stampante, etc.): _____

Indicare per ogni presa elettrica:

PRESA ELETTRICA	Tipologia (Schuko, industriale, etc.)	Alimentazione (monofase / trifase)	Potenza assorbita	Necessità di collegamento sotto UPS (SI / NO)
PRESA 1				
PRESA 2				
PRESA 3				
PRESA 4				

REQUISITI MECCANICI

Indicare:

- Peso e dimensioni complessive del sistema: _____



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

DISPOSITIVO	PESO	Dimensioni	Installazione (da banco, a terra, su carrello)
DISPOSITIVO 1			
DISPOSITIVO 2			
DISPOSITIVO 3			
DISPOSITIVO 4			

ULTERIORI INFORMAZIONI

Indicare ogni ulteriore informazione che si ritenesse necessaria per la corretta installazione e il corretto funzionamento dell'apparecchiatura: _____

LUOGO _____ data ____/____/____

TIMBRO E FIRMA
(Legale Rappresentante /Procuratore)
