

REGIONE BASILICATA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA
VIA TORRACA, 2 – 85100 POTENZA
Ambito Territoriale ex-ASL3
U.O. Provveditorato/Economato
tel. 0973/48511, fax 0973/48562 – 21730
Via Piano dei Lippi, 1 – 85042 Lagonegro (PZ)

PROCEDURA APERTA, IN UNIONE REGIONALE DI ACQUISTO TRA L'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA (CAPOFILA), L'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA, L'AZIENDA OSPEDALIERA "S.CARLO" DI POTENZA E L'I.R.C.C.S.-C.R.O.B. DI RIONERO IN VULTURE, PER L'AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA TRIENNALE DI "SISTEMI DI PRELIEVO E MATERIALE DI CONSUMO PER I LABORATORI ANALISI".

ALLEGATO N. 4

SCHEMA DI SCHEDA DISPOSITIVO

SCHEDA INFORMATIVA DEL DISPOSITIVO**(da inserire a corredo della Documentazione Tecnica art. 13 del disciplinare di gara)**

1	Nome commerciale e modello attribuito dal FABBRICANTE
2	Denominazione del FABBRICANTE, indirizzo, cap, località, telefono, e-mail, fax, luogo di produzione
3	Codice DM attribuito dal FABBRICANTE
4	Nome commerciale e modello attribuito dal FORNITORE, se diverso da quello del FABBRICANTE
5	Denominazione del FORNITORE indirizzo, cap, località, telefono, e-mail, fax, luogo di produzione (se diverso da quello del FABBRICANTE)
6	Codice DM attribuito dal FORNITORE, se diverso da quello apposto dal FABBRICANTE
7	Unità di misura minima (si intende il DM minimo utilizzabile)
8	Confezione minima di vendita (si intende la confezione minima o multipli di essa ordinabile)
9	Identificazione del dispositivo: descrizione, numero di codice, gamma misure, dimensioni, se del caso schema di funzionamento del dispositivo e immagine riconoscibile. Indicare nell'ordine formulato
10	Destinazione d'uso attribuita dal FABBRICANTE secondo certificazione CE
11	Istruzioni e precauzioni di utilizzo se del caso, eventuali rischi ed interazioni correlati all'uso, limitazioni e controindicazioni di utilizzo, ove previsti. Indicare nell'ordine formulato
12	Descrizione dei materiali costituenti il dispositivo, se di origine animale specificare la provenienza
13	Indicazione del tipo di sterilizzazione
14	Condizioni specifiche di conservazione e manipolazione, ove previste
15	Confezione primaria: singola / doppia
16	Presenza del codice a barre sul confezionamento di distribuzione
17	Classe di appartenenza secondo le direttive comunitarie sui dispositivi medici
18	Copia della certificazione CE, con data di rilascio, sua validità e tipologia di DM
19	Codice del dispositivo secondo la CND (codice della classificazione nazionale dei dispositivi medici all'ultimo livello di stratificazione) <i>(facoltativo, eventualmente oggetto di valutazione)</i>

Timbro della Ditta e Firma del Titolare o Legale Rappresentante

Data _____