**All’ Azienda sanitaria Friuli Occidentale**

**Sede operativa:**

**Via Montereale n. 24**

**33170 - PORDENONE**

**AVVISO**

**DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATO ALLA FORNITURA URGENTE DI MATERIALE DI CONSUMO PER MONITOR MULTIPARAMETRICO AMAGNETICO IRADIMED 3880**

**(Piattaforma eAppaltiFVG RdI: rfi\_5069)**

**RIEPILOGO OFFERTA TECNICA E DICHIARAZIONE DI COMPATIBILITÀ TECNICA**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a il

in qualità di

della Ditta/Società

avente sede legale in cap \_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 dello stesso D.P.R. cit. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci nonché delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, della normativa sopra indicata e in applicazione della normativa vigente in materia di appalti pubblici (D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i.)

**DICHIARA**

in nome e per conto della suddetta Ditta/Società:

1) la piena compatibilità dei prodotti proposti all’apparecchiatura di riferimento ovvero “M*onitor multiparametrico amagnetico IRADIMED 3880*”;

2) il regolare funzionamento dell’apparecchiatura stessa.

Quanto sopra premesso

**OFFRE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Voce*** | ***Nome del prodotto di riferimento*** | ***Nome commerciale***  ***prodotto offerto*** | ***Codice prodotto offerto*** |
| a) | Elettrodi ECG amagnetici, cuscinetto per 5 derivazioni |  |  |
| b) | Linea di campionamento con filtro idrofobico compatibile con le cannule di campionamento e le cannule nasali di seguito offerte. |  |  |
| c) | Cannula campionamento orale/nasale paziente intubato, Adulto |  |  |
| d) | Cannula campionamento orale/nasale paziente intubato, Pediatrico |  |  |
| e) | Cannula campionamento nasale adulto + Linea O2 |  |  |
| f) | Cannula campionamento nasale pediatrica + Linea O2 |  |  |
| g) | Cerotto per sensore SpO2, Pediatrico |  |  |
| h) | Cerotto per sensore spO2, Neonatale |  |  |
| i) | Carta in rotoli |  |  |

**DICHIARA**

che il materiale sopra indicato verrà consegnato in \_\_\_\_\_\_\_\_ giorni lavorativi dalla data di ricevimento dell’ordine nella piattaforma NSO.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\*) Titolare, rappresentante legale, procuratore, ecc.