

Questionario Tecnico

Voce 1 - FORNITURA DI N.1 RETINOGRAFO NON MIDRIATICO PER LA S.C. OCULISTICA E SERVIZIO DI MANUTENZIONE

I valori e le specifiche espresse devono riferirsi esclusivamente alle caratteristiche dell'apparecchiatura nella configurazione offerta

ID	Requisiti	Descrizione Prodotto
A	Informazioni generali	celle da compilare
A.1	Ditta produttrice	
A.2	Ditta distributrice	
A.3	Modello	
A.4	Codice prodotto	
A.5	Descrizione e destinazione d'uso	
A.6	Classificazione CND	
A.7	Numero progressivo di iscrizione in BD/RDM del Ministero della Salute	
A.8	Anno di immissione sul mercato dell'ultima versione	
A.9	Periodo di garanzia inclusiva di assistenza tecnica full risk (2 anni)	
A.10	Conformità a direttive o norme tecniche	
A.11	certificazioni CE (DM, bassa tensione, compatibilità elettromagnetica, ...)	
A.12	conforme al Nuovo Regolamento (UE) 2017/745 oppure se si tratti di un dispositivo al quale si applica l'art.120 “Disposizioni transitorie” del Nuovo Regolamento (UE) 2017/745 e le nuove date di applicazione introdotte dal Regolamento UE 561/2020.	
A.13	indicare la classificazione del DM	
A.14	altro (UNI, EN, IEC, ISO, ...)	

B	Caratteristiche tecnico-funzionali minime richieste Pa, pena esclusione:	Conformità / Disponibilità / Descrizione del parametro
B.1	· Retinografo non midriatico	
B.2	· ampio campo (ultra wide field 200°) con singola acquisizione di immagine	
B.3	· SS-OCT integrato (1050 nm OCT light source)	
B.4	· autofluorescenza (green laser)	
B.5	· fluorangiografo (blue laser)	
B.6	· angiografia al verde di indocianina (infra-red)	

C	Caratteristiche tecnico-funzionali che la ditta vuole evidenziare	Descrivere il parametro (NOTA: Descrivere sinteticamente il requisito rinviando ai contenuti della RELAZIONE TECNICA)
C.1		
C.2		
C.3		
C.4		
C.5		
(Timbro e firma del Legale Rappresentante della Società)		

(Timbro e firma del legale rappresentante della ditta)
