



**PROCEDURA APERTA PER LA FORNITURA IN FULL SERVICE A CHIAMATA DI N. 1 SISTEMA
PER LITOTRISSIA EXTRACORPOREA OCCORRENTE ALLA UOC UROLOGIA DEL PRESIDIO
OSPEDALIERO SAN FILIPPO NERI DELLA ASL ROMA 1**

**ALLEGATO 7
SCHEDA FORNITORE**

La Ditta dovrà compilare la presente scheda in ogni sua parte, se pertinente, in modo preciso e dettagliato.
La scheda dovrà essere resa firmata da Legale rappresentante, su ogni foglio.

INFORMAZIONI GENERALI SULL'APPARECCHIATURA

Tipologia:

Modello:

Produttore:

Nazione di produzione:

Importatore:

Fornitore:

Ditta incaricata della manutenzione, se diversa dall'aggiudicataria: _____

Data inizio commercializzazione in Italia - Anno _____

Data di costruzione dell'apparecchio offerto -Anno _____

Periodo di garanzia assicurato dal produttore -Mesi _____

Periodo di garanzia assicurato dal fornitore -Mesi _____

Codice CIVAB

Codice CND

INFORMAZIONE SULLA MANUTENZIONE

- Ditta incaricata della manutenzione, se diversa dall'aggiudicataria _____
- Sede servizio di assistenza tecnica: _____
- Numero di addetti all'assistenza tecnica relativamente all'apparecchiatura proposta: _____

CONFORMITA' E NORME TECNICHE

Per dispositivi medici alimentati da una particolare sorgente di alimentazione (incluso il software eventuale applicato)

- il dispositivo medico è conforme alla Direttiva 93/42 CEE e reca l'apposita marcatura CE (allegare dichiarazione):
si no
- il dispositivo medico, in riferimento alla Direttiva 93/42 CEE, è così classificato:
classe I classe 2a classe 2b classe 3
- indicare la destinazione d'uso del costruttore:

- il dispositivo medico rispetta tutte le norme tecniche armonizzate che il fabbricante ha dichiarato di applicare volontariamente a seguito dei requisiti imposti dalla Direttiva 93/42 CEE:
si no indicare le norme particolari _____
- il dispositivo medico, qualora considerato apparecchiatura elettromedicale, è conforme alle norme tecniche CEI 62-5 e particolari ove esistenti (allegare dichiarazione): si no
- il dispositivo medico, qualora considerato apparecchiatura elettromedicale, in riferimento alla norma tecnica CEI 62-5 è così classificato:
classe: I II AI tipo: B BF CF
- Se l'apparecchiatura è di radiologia risponde ai criteri specifici di accettabilità (allegare dichiarazione):
 di cui al D.L. 187/2000

Per apparecchiature elettriche non biomediche

- L'apparecchiatura è conforme alla direttiva (allegare dichiarazione):
 CE 89/336

CE 73/23 Norma di riferimento _____

DATI DIMENSIONALI/ALIMENTAZIONE

- Dimensioni (altezza x larghezza x profondità): _____
Peso: _____ Kg _____
- Tensione di alimentazione di rete: _____ Volt _____ Hz Fasi: _____
Potenza elettrica assorbita: _____ Watt _____ Ampere
- Alimentazione a pile/batterie: capacità di carica _____ Tempo di carica al 100% _____
autonomie in ore al massimo assorbimento _____ reperibilità pile/batterie _____
- L'apparecchio necessita di alimentazione d'acqua si no se si calda fredda
Portata (l/min): _____ Temperatura (° C): _____ Pressione (bar): _____
Caratteristiche chimico-fisiche dell'acqua: _____

- Tipo, Portata, Temperatura, Pressione, Caratteristiche chimico-fisiche di fluidi particolari/bombole gas eventualmente richiesti: _____

ESIGENZE DI INSTALLAZIONE

Assorbimento elettrico di spunto (Ampere): _____

Calore disperso nell'ambiente: _____

Limiti di temperatura ambientale di funzionamento: MIN: _____ °C MAX: _____ °C

Limiti di umidità ambientale di funzionamento: MIN: _____ % MAX: _____ %

Esigenza di alimentazione stabilizzata entro: _____

Esigenza di alimentazione ininterrotta (con UPS): si no

Infrastrutture particolari necessarie per l'installazione: _____

Ulteriori esigenze tecniche per l'installazione, il corretto funzionamento e l'uso sicuro dell'apparecchiatura (distribuzione gas, piastre di appoggio, areazione del locale, ecc.):
