



# Asl5

Sistema Sanitario Regione Liguria

SERVIZIO SANITARIO - REGIONE LIGURIA  
Azienda Sanitaria Locale n. 5 "Spezzino"

Rdo MePa

ECOCOLORDOPPLER

ALLEGATO "A"

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

qualifica sottoscrittore \_\_\_\_\_

ragione sociale ditta rappresentata \_\_\_\_\_

sede \_\_\_\_\_

codice fiscale e/o partita IVA \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

### DICHIARA

- che le attrezzature offerte sono conformi alle disposizioni in materia di sicurezza e di prevenzione infortuni con particolare riferimento al D.Lgs. 626/1996 e D.L. 81/08 e successive modificazioni ed integrazioni;
- che la ditta è in possesso di tutte le autorizzazioni previste dalla normativa vigente per la produzione e la commercializzazione dei prodotti offerti ed impegno a comunicare immediatamente all'Ente le eventuali sospensioni o revoche delle autorizzazioni di cui sopra;
- che l'apparecchiatura è conforme alla Direttiva CEE 93-42 (recepita dal D.Lgs. 46-97) integrata dalla Direttiva 2007/47/CE e a tutte le norme vigenti in materia di sicurezza e a tutti i dettami normativi e legislativi vigenti di carattere generale e particolare (oppure allega certificato CE);
- che la garanzia sull'apparecchiatura e relativi accessori, comprensiva delle ore di mano d'opera e spese di viaggio e trasferta, inclusi gli eventuali tagliandi per il mantenimento della garanzia (apparecchiatura e relativi accessori), è di \_\_\_\_\_ mesi (minimo 12) a decorrere dalla data del collaudo positivo;
- di essere disponibile a fornire parti di ricambio, accessori e materiale di consumo per un periodo non inferiori a dieci anni dalla data di collaudo positivo alla ASL o alla società terza incaricata della manutenzione;
- che le caratteristiche necessarie per l'alimentazione elettrica e quant'altro l'Impresa ritenga indispensabile per il buon funzionamento dell'attrezzatura proposta sono le seguenti \_\_\_\_\_ (se ritenuto necessario);
- di essere disposta ad effettuare un corso di istruzione per il personale utilizzatore;
- che il codice identificativo del fabbricante è \_\_\_\_\_ (specificare se non applicabile);
- che il codice specifico di registrazione in Banca dati Nazionale dei dispositivi Medici è \_\_\_\_\_; (se non applicabile specificarne la motivazione);
- che il codice CND è \_\_\_\_\_ (se non applicabile specificarne la motivazione);
- minimo d'ordine è \_\_\_\_\_;
- tempi di consegna dall'ordine è di giorni \_\_\_\_\_.

La/il dichiarante

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Rdo MePa**

**STAMPANTE**

**ALLEGATO "A"**

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
qualifica sottoscrittore \_\_\_\_\_  
ragione sociale ditta rappresentata \_\_\_\_\_  
sede \_\_\_\_\_  
codice fiscale e/o partita IVA \_\_\_\_\_  
indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

**D I C H I A R A**

- che le attrezzature offerte sono conformi alle disposizioni in materia di sicurezza e di prevenzione infortuni con particolare riferimento al D.Lgs. 626/1996 e D.L. 81/08 e successive modificazioni ed integrazioni;
- che la ditta è in possesso di tutte le autorizzazioni previste dalla normativa vigente per la produzione e la commercializzazione dei prodotti offerti ed impegno a comunicare immediatamente all'Ente le eventuali sospensioni o revoche delle autorizzazioni di cui sopra;
- che l'apparecchiatura è conforme alla Direttiva CEE 93-42 (recepita dal D.Lgs. 46-97) integrata dalla Direttiva 2007/47/CE e a tutte le norme vigenti in materia di sicurezza e a tutti i dettami normativi e legislativi vigenti di carattere generale e particolare (oppure allega certificato CE);
- che la garanzia sull'apparecchiatura e relativi accessori, comprensiva delle ore di mano d'opera e spese di viaggio e trasferta, inclusi gli eventuali tagliandi per il mantenimento della garanzia (apparecchiatura e relativi accessori), è di \_\_\_\_\_ mesi (minimo 12) a decorrere dalla data del collaudo positivo;
- di essere disponibile a fornire parti di ricambio, accessori e materiale di consumo per un periodo non inferiori a dieci anni dalla data di collaudo positivo alla ASL o alla società terza incaricata della manutenzione;
- che le caratteristiche necessarie per l'alimentazione elettrica e quant'altro l'Impresa ritenga indispensabile per il buon funzionamento dell'attrezzatura proposta sono le seguenti \_\_\_\_\_ (se ritenuto necessario);
- di essere disposta ad effettuare un corso di istruzione per il personale utilizzatore;
- che il codice identificativo del fabbricante è \_\_\_\_\_ (specificare se non applicabile);
- che il codice specifico di registrazione in Banca dati Nazionale dei dispositivi Medici è \_\_\_\_\_; (se non applicabile specificarne la motivazione);
- che il codice CND è \_\_\_\_\_ (se non applicabile specificarne la motivazione);
- minimo d'ordine è \_\_\_\_\_;
- tempi di consegna dall'ordine è di giorni \_\_\_\_\_.

La/il dichiarante

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CARRELLO

ALLEGATO "A"

La/il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
qualifica sottoscrittore \_\_\_\_\_  
ragione sociale ditta rappresentata \_\_\_\_\_  
sede \_\_\_\_\_  
codice fiscale e/o partita IVA \_\_\_\_\_  
indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

D I C H I A R A

- che le attrezzature offerte sono conformi alle disposizioni in materia di sicurezza e di prevenzione infortuni con particolare riferimento al D.Lgs. 626/1996 e D.L. 81/08 e successive modificazioni ed integrazioni;
- che la ditta è in possesso di tutte le autorizzazioni previste dalla normativa vigente per la produzione e la commercializzazione dei prodotti offerti ed impegno a comunicare immediatamente all'Ente le eventuali sospensioni o revoche delle autorizzazioni di cui sopra;
- che l'apparecchiatura è conforme alla Direttiva CEE 93-42 (recepita dal D.Lgs. 46-97) integrata dalla Direttiva 2007/47/CE e a tutte le norme vigenti in materia di sicurezza e a tutti i dettami normativi e legislativi vigenti di carattere generale e particolare (oppure allega certificato CE);
- che la garanzia sull'apparecchiatura e relativi accessori, comprensiva delle ore di mano d'opera e spese di viaggio e trasferta, inclusi gli eventuali tagliandi per il mantenimento della garanzia (apparecchiatura e relativi accessori), è di \_\_\_\_\_ mesi (minimo 12) a decorrere dalla data del collaudo positivo;
- di essere disponibile a fornire parti di ricambio, accessori e materiale di consumo per un periodo non inferiori a dieci anni dalla data di collaudo positivo alla ASL o alla società terza incaricata della manutenzione;
- che le caratteristiche necessarie per l'alimentazione elettrica e quant'altro l'Impresa ritenga indispensabile per il buon funzionamento dell'attrezzatura proposta sono le seguenti \_\_\_\_\_ (se ritenuto necessario);
- di essere disposta ad effettuare un corso di istruzione per il personale utilizzatore;
- che il codice identificativo del fabbricante è \_\_\_\_\_ (specificare se non applicabile);
- che il codice specifico di registrazione in Banca dati Nazionale dei dispositivi Medici è \_\_\_\_\_; (se non applicabile specificarne la motivazione);
- che il codice CND è \_\_\_\_\_ (se non applicabile specificarne la motivazione);
- minimo d'ordine è \_\_\_\_\_;
- tempi di consegna dall'ordine è di giorni \_\_\_\_\_.

La/il dichiarante

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La/il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
qualifica sottoscrittore \_\_\_\_\_  
ragione sociale ditta rappresentata \_\_\_\_\_  
sede \_\_\_\_\_  
codice fiscale e/o partita IVA \_\_\_\_\_  
indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

D I C H I A R A

- che le attrezzature offerte sono conformi alle disposizioni in materia di sicurezza e di prevenzione infortuni con particolare riferimento al D.Lgs. 626/1996 e D.L. 81/08 e successive modificazioni ed integrazioni;
- che la ditta è in possesso di tutte le autorizzazioni previste dalla normativa vigente per la produzione e la commercializzazione dei prodotti offerti ed impegno a comunicare immediatamente all'Ente le eventuali sospensioni o revoche delle autorizzazioni di cui sopra;
- che l'apparecchiatura è conforme alla Direttiva CEE 93-42 (recepita dal D.Lgs. 46-97) integrata dalla Direttiva 2007/47/CE e a tutte le norme vigenti in materia di sicurezza e a tutti i dettami normativi e legislativi vigenti di carattere generale e particolare (oppure allega certificato CE);
- che la garanzia sull'apparecchiatura e relativi accessori, comprensiva delle ore di mano d'opera e spese di viaggio e trasferta, inclusi gli eventuali tagliandi per il mantenimento della garanzia (apparecchiatura e relativi accessori), è di \_\_\_\_\_ mesi (minimo 12) a decorrere dalla data del collaudo positivo;
- di essere disponibile a fornire parti di ricambio, accessori e materiale di consumo per un periodo non inferiori a dieci anni dalla data di collaudo positivo alla ASL o alla società terza incaricata della manutenzione;
- che le caratteristiche necessarie per l'alimentazione elettrica e quant'altro l'Impresa ritenga indispensabile per il buon funzionamento dell'attrezzatura proposta sono le seguenti \_\_\_\_\_ (se ritenuto necessario);
- di essere disposta ad effettuare un corso di istruzione per il personale utilizzatore;
- che il codice identificativo del fabbricante è \_\_\_\_\_ (specificare se non applicabile);
- che il codice specifico di registrazione in Banca dati Nazionale dei dispositivi Medici è \_\_\_\_\_; (se non applicabile specificarne la motivazione);
- che il codice CND è \_\_\_\_\_ (se non applicabile specificarne la motivazione);
- minimo d'ordine è \_\_\_\_\_;
- tempi di consegna dall'ordine è di giorni \_\_\_\_\_.

La/il dichiarante

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

**SONDA LINEARE**

**ALLEGATO "A"**

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
qualifica sottoscrittore \_\_\_\_\_  
ragione sociale ditta rappresentata \_\_\_\_\_  
sede \_\_\_\_\_  
codice fiscale e/o partita IVA \_\_\_\_\_  
indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000

**DICHIARA**

- che le attrezzature offerte sono conformi alle disposizioni in materia di sicurezza e di prevenzione infortuni con particolare riferimento al D.Lgs. 626/1996 e D.L. 81/08 e successive modificazioni ed integrazioni;
- che la ditta è in possesso di tutte le autorizzazioni previste dalla normativa vigente per la produzione e la commercializzazione dei prodotti offerti ed impegno a comunicare immediatamente all'Ente le eventuali sospensioni o revoche delle autorizzazioni di cui sopra;
- che l'apparecchiatura è conforme alla Direttiva CEE 93-42 (recepita dal D.Lgs. 46-97) integrata dalla Direttiva 2007/47/CE e a tutte le norme vigenti in materia di sicurezza e a tutti i dettami normativi e legislativi vigenti di carattere generale e particolare (oppure allega certificato CE);
- che la garanzia sull'apparecchiatura e relativi accessori, comprensiva delle ore di mano d'opera e spese di viaggio e trasferta, inclusi gli eventuali tagliandi per il mantenimento della garanzia (apparecchiatura e relativi accessori), è di \_\_\_\_\_ mesi (minimo 12) a decorrere dalla data del collaudo positivo;
- di essere disponibile a fornire parti di ricambio, accessori e materiale di consumo per un periodo non inferiori a dieci anni dalla data di collaudo positivo alla ASL o alla società terza incaricata della manutenzione;
- che le caratteristiche necessarie per l'alimentazione elettrica e quant'altro l'Impresa ritenga indispensabile per il buon funzionamento dell'attrezzatura proposta sono le seguenti \_\_\_\_\_ (se ritenuto necessario);
- di essere disposta ad effettuare un corso di istruzione per il personale utilizzatore;
- che il codice identificativo del fabbricante è \_\_\_\_\_ (specificare se non applicabile);
- che il codice specifico di registrazione in Banca dati Nazionale dei dispositivi Medici è \_\_\_\_\_; (se non applicabile specificarne la motivazione);
- che il codice CND è \_\_\_\_\_ (se non applicabile specificarne la motivazione);
- minimo d'ordine è \_\_\_\_\_;
- tempi di consegna dall'ordine è di giorni \_\_\_\_\_.

La/il dichiarante

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_