Rdo MePa

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 full risk 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, se richiesto;
- 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

_____ lì _____ _____