

PROCEDURA APERTA, MEDIANTE CONCLUSIONE DI UN ACCORDO QUADRO, PER LA SOMMINISTRAZIONE REGOLATA DA PRESUPPOSIZIONE DI PROTESI MAMMARIE E ESPANSORI TISSUTALI OCCORRENTI ALL'A.S.L. AL, ALL'A.S.L. AT ED ALL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA S.S. ANTONIO E BIAGIO E C. ARRIGO DI ALESSANDRIA

N.B.: Da compilare per ciascun lotto oggetto di partecipazione

SCHEMA PRODOTTO	LOTTO N. _____
DENOMINAZIONE E RAGIONE SOCIALE DELLA DITTA PARTECIPANTE	
CODICE FISCALE	
PARTITA I.V.A.	
OGGETTO E DESCRIZIONE DEL LOTTO	
Denominazione prodotto attribuito dal Fabbricante	
Denominazione del Fabbricante, indirizzo, cap, località , telefono, e-mail, fax luogo di produzione	
Codice DM attribuito dal Fabbricante	
Denominazione del Fornitore indirizzo, cap, località, telefono, e-mail, fax luogo di produzione (se diverso da quello del Fabbricante)	
Codice DM attribuito dal Fornitore se diverso da quello apposto dal Fabbricante	
Unità di misura minima (si intende il DM minimo utilizzabile)	
Confezione minima di vendita (si intende la confezione minima o multipli di essa ordinabile)	
Destinazione d'uso attribuita dal Fabbricante secondo certificazione CE	

Caratteristiche tecniche dettagliate del dispositivo	
Composizione	
Specificare se latex free	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se si, in quale percentuale? Indicare le parti contenenti lattice.	
Sono presenti ftalati	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se si, in quale percentuale? Indicare le parti contenenti ftalati.	
Periodo di validità del dispositivo	
Caratteristiche dettagliate del confezionamento primario (confezione singola / doppia)	
Caratteristiche dettagliate del confezionamento secondario	
Classe di appartenenza secondo le direttive comunitarie sui DM	
Codice del dispositivo medico secondo la CND (codice della classificazione nazionale dei DM all'ultimo livello di stratificazione)	
N. di Repertorio nazionale	
(Eventuale): Per i dispositivi non sterili: idoneità del prodotto alla sterilizzazione e eventuale metodo di sterilizzazione compatibile	

(Eventuale): Per i dispositivi sterili metodo di sterilizzazione utilizzato e modalità di risterilizzazione in caso di danneggiamento dell'involucro originale;	
(Eventuale): Numero massimo di risterilizzazioni e eventuali avvertenze per l'uso e lo stoccaggio	
Altro	
FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA DITTA	