

Agenzia Regionale dell’Abruzzo per la Committenza

Soggetto Aggregatore della Regione Abruzzo

**Consultazione preliminare di mercato finalizzata all’acquisizione di sistemi per terapia a pressione negativa e altri dispositivi medici occorrenti alle Aziende Sanitarie della Regione Abruzzo.**

**ALLEGATO A**

 **ISTANZA DI PARTECIPAZIONE ALL’AVVISO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliato per la carica presso la sede legale sotto indicata, in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e legale rappresentante della \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Prov. \_\_\_\_, via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e partita IVA n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presso cui elegge domicilio, di seguito denominata “Impresa”,

* ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle conseguenze amministrative e delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, previste dagli articoli 75 e 76 del medesimo Decreto;

**CHIEDE**

* di partecipare alla consultazione preliminare di mercato finalizzata all’acquisizione sistemi per terapia a pressione negativa e altri dispositivi medici occorrente alle Aziende Sanitarie della Regione Abruzzo.

**E DICHIARA**

1. di indicare di seguito il recapito – completo di indirizzo, numero di telefono, email e PEC – e, qualora desideri ricevere le informazioni inerenti il dialogo tecnico, il nominativo del referente da contattare.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. di allegare la seguente documentazione che attesta lo svolgimento dell’attività nel settore di interesse dell’iniziativa di acquisto.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell’articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito della presente gara, nonché dell’esistenza dei diritti di cui all’articolo 7 del medesimo decreto legislativo.
2. di formulare le seguenti osservazioni all’elenco prodotti di seguito riportato:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | A | B | C | D | E |
| ID | PRODOTTO \* | Unità di misura | CAPACITA’ DI OFFERTA(SI/NO) \* | tipologia e caratteristiche minime delle apparecchiature | tipologia e caratteristiche minime dei materiali di consumo | Caratteristiche del confezionamento primario e secondario | servizi accessori (es. manutenzione, assistenza tecnico-logistica, software gestionale, formazione, reperibilità, help desk ecc.) correlati alle forniture |
| 1 | Sistema per terapia a pressione negativa, fisso e portatile, con medicazione sterile in garza con antimicrobico e/o in schiuma. | Noleggio giornaliero |  |  |  |  |  |
| 2 | Sistema per applicazione di pressione topica negativa indossabile (max 300gr.) dotato di medicazione sterile in garza con antimicrobico e/o in schiuma di poliuretano. Indicato per pazienti con lesioni che presentano essudato da lieve o moderato di dimensioni ridotte o lesioni in via di guarigione | Noleggio giornaliero |  |  |  |  |  |
| 3 | Sistema per terapia a pressione negativa, fisso, su addome aperto. | Noleggio giornaliero |  |  |  |  |  |
| 4 | Sistema per terapia a pressione negativa, fisso, con sistema di istillazione/ lavaggio. | Noleggio giornaliero |  |  |  |  |  |
| 5 | Sistema per terapia a pressione negativa, fisso, su addome aperto con sistema di instillazione/ lavaggio. | Noleggio giornaliero |  |  |  |  |  |
| 6 | Sistema per terapia a pressione negativa, con canister per il trattamento avanzato di ferite di piccole dimensioni con bassi livelli di essudato. | Noleggio giornaliero |  |  |  |  |  |
| 7 | Sistema per terapia a pressione negativa, monouso senza raccoglitore. | pezzo |  |  |  |  |  |
| 8 | Sistema portatile per ossigenoterapia topica | Noleggio giornaliero |  |  |  |  |  |
| 9 | Sistema per terapia fotodinamica con Luce Rossa (kit fiale) | pezzo |  |  |  |  |  |
| 10 | Medicazione avanzata semipermeabile di biopolisaccaride | pezzo |  |  |  |  |  |
| 11 | Dispositivo medico di classe I tipo B ad ultrasuoni per il debridement di lesioni cutanee acute e croniche in sala operatoria e ambulatorio (completo di materiale di consumo (punte monouso) | Noleggio giornaliero |  |  |  |  |  |
| 12 | Dispositivo portatile per Fotobiomodulazione con Luce Blu | pezzo |  |  |  |  |  |
| 13 | Medicazione sterile per ferita chirurgica ad attività antimicrobica per la gestione dell’essudato siero-ematico. Con idrofibra e ioni argento a contatto con la ferita e idrocolloide occlusivo che assicura l'adesione della medicazione | pezzo |  |  |  |  |  |
| 14 | Collagenasi Unguento dispositivo | pezzo |  |  |  |  |  |
| 15 | Sistema portatile ad ultrasuoni per debridement di lesioni cutanee acute e croniche contaminate da Biofilm | pezzo (punta monouso) |  |  |  |  |  |
| 16 | Medicazione primaria sterile in tessuto di carbonio attivo puro al 100%, ad azione antisettica, adsorbente, battericida, inibizione del biofilm ed azione anti-infiammatoria e anti-odore per lesioni ed ulcere cutanee (10cm x 10cm) | pezzo |  |  |  |  |  |
| 17 | Dispositivi medici (provette con gel separatore) per il prelievo e la separazione di emocomponenti (piastrine e loro fattori di crescita) da sangue periferico per favorire la rigenerazione tessutale (gel piastrinico). | pezzo/kit |  |  |  |  |  |
| 18 | Dispositivo per filtrazione selettiva di monociti autologhi da sangue periferico risospesi in plasma autologo totalmente depleto di eritrociti e neutrofili, indicato nella terapia delle lesioni ischemiche del paziente diabetico (piede diabetico) con ischemia critica non trattabile (fallimento della rivascolarizzazione meccanica) e/o ulcere cronica con scarso potere di guarigione". | pezzo/kit |  |  |  |  |  |
| 19 | kit per il prelievo, preparazione e innesto di cellule mesenchimali da tessuto adiposo | pezzo/kit |  |  |  |  |  |
| 20 | kit per il prelievo, preparazione e innesto di cellule mesenchimali da midollo osseo | pezzo/kit |  |  |  |  |  |

**NB per ciascun prodotto, occorre indicare (NELLA COLONNA A) se lo stesso è oggetto di produzione/commercializzazione da parte dell’operatore economico ed inserire i dati richiesti, ove pertinenti, nelle successive celle (COLONNE B-C-D-E). E’ possibile inviare documentazione tecnica a supporto.**

\*qualora il prodotto non sia commercializzato occorre motivare se, a parere dell’istante, le specifiche tecniche indicate nel questionario siano ritenute potenzialmente limitative della concorrenza.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_

*Il Documento deve essere firmato digitalmente*