

AREA CENTRALE REGIONALE D'ACQUISTO

ALLEGATO F4 bis

Procedura aperta, ai sensi dell'art. 60 del D. Lgs n. 50/2016, per l'affidamento della fornitura di trapani elettrici ad alta velocità ed altri dispositivi per neurochirurgia, chirurgia maxillo-facciale e otorinolaringoiatria e di un sistema completo di raccolta liquorale ermetica occorrenti alle AA.SS.LL., EE.OO. e I.R.C.C.S. della Regione Liguria per un periodo di anni tre (con opzione di rinnovo per ulteriori anni due. Importo presunto di gara (compreso rinnovo e aumento del 20% previsto dall'art. 106 comma 12 del D. Lgs. 50/2016) € 4.094.400,00 (IVA esclusa). Lotti n. 2. N° gara: 7114842

DICHIARAZIONE DELLA PRESENZA DELLE CARATTERISTICHE TECNICHE RICHIESTE NEI PRODOTTI OFFERTI

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ cap (_____) il _____

residente a _____ cap (_____)

in Via _____ n. _____

C.F. _____

1 - ☐ in qualità di _____ e legale rappresentante

oppure (barrare le casella corrispondente)

2 - ☐ in qualità di procuratore speciale, giusta procura speciale autenticata nella firma in data

_____ dal Notaio in _____ Dott.

_____, repertorio n. _____, e legale rappresentante

dell'impresa _____

con sede legale in _____ cap (_____)

via _____ n. _____

sede operativa in _____ cap (_____)

via _____ n. _____

C.F. _____ e P. IVA _____

di seguito "Impresa",
sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000,
consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di
rilascio di dichiarazioni mendaci e/o formazione di atti falsi e/o uso degli stessi

DICHIARA:

che nei prodotti offerti nella presente procedura sono assenti/presenti i seguenti requisiti tecnici, come previsto nel Capitolato tecnico - Sezione A allegato al Disciplinare di gara
(compilare la tabella sottostante per il lotto o i lotti per cui si presenta offerta):

LOTTO n. 1

**TRAPANI ELETTRICI AD ALTA VELOCITÀ E RELATIVO
MATERIALE DI CONSUMO**

(CIG: 7526632536)

Requisiti minimi richiesti a pena di esclusione

	Trapani elettrici e relativo materiale di consumo	Presenza requisito richiesto		Indicare pagina/e di riferimento nella scheda tecnica
1	Sistema dotato di centralina elettronica di comando multidisciplinare per neurochirurgia, maxillo-facciale e otorinolaringoiatria e completo di motori	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Centralina elettronica di comando in grado di utilizzare almeno due motori	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

3	<p>Sistema completo dei seguenti motori:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Craniotomo (requisito minimo “small” e “medium”, rotante e con piede di protezione) 2. Perforatore craniale a ridotto numero di giri 3. Motore retto per fresa per cranio 4. Motore angolato per fresa per cranio 5. Motore per fresa per colonna vertebrale 6. Motore per fresa per chirurgia transfenoidale (angolato per chirurgia microscopica e retto per chirurgia endoscopica) 7. Motore per microseghe per taglio mandibolare e orbitale con movimento sagittale, reciprocante e oscillante 8. Microdebrider per chirurgia endoscopica nasale e per accessi trasfenoidali 	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Comando a pedale con funzione reverse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Peso motore estremamente contenuto (non superiore a 200 gr, senza cavo, per quanto riguarda il motore drill. È consentita una tolleranza di ± 10%)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Velocità massima di rotazione del motore non inferiore a 75.000 giri/min	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Velocità regolabile con limitazioni programmabili	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Innesto rapido di manipoli/frese con sistema meccanico di sicurezza per evitare innesti parziali	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Manuale d'uso in lingua italiana	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<u>Materiale di consumo fornito unitamente al materiale in full service</u>				
10	Perforatore sterile e monouso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Lame per craniotomo sterili e monouso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	Punte per fori sterili e monouso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	Frese sterili e monouso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	Seghe oscillanti sterili e monouso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	Seghe reciprocanti sterili e monouso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	Microdebrider sterile e monouso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Elementi tecnici soggetti a valutazione e ad attribuzione di punteggio – LOTTO 1

Trapani elettrici e relativo materiale di consumo		Criterio	Eventuali dettagli/specifiche tecniche/gamma prodotti
1	Numero di motori collegabili alla centralina	Q3*	
	Peso della centralina [gr]	Q4*	
2	Velocità di rotazione massima del motore [giri/min] (minimo 75.000 giri)	Q3	
	Momento torcente del motore [Nm]	Q3*	
	Potenza del motore [W]	Q3*	
	Modalità di regolazione della velocità e range di valori impostabili	Q2	
3	Tempo di start-up (tempo intercorrente tra comando e raggiungimento velocità di regime massimo impostabile) – solo per il rotante da neurochirurgia [ms]	Q4*	
4	Modalità di innesto rapido manipoli [baionetta, altro] - prova pratica -	Q1	
	Sistema di sicurezza su innesto parziale manipoli - prova pratica -	Q1	
5	Surriscaldamento del motore durante le fasi di taglio e fresatura (prova pratica di dieci minuti con craniotomo e fresa tagliente da 4 mm). Otterranno il punteggio più alto i motori che presentano un minore surriscaldamento - prova pratica su tibia bovina con il supporto di una termo camera	Q2	
6	Presenza di sistema di irrigazione del sito chirurgico: SI/NO ed in caso affermativo descrivere il sistema.	Q5	

Allegare documentazione da cui si evinca il peso di ciascun motore		
7	Craniotomo:	
	Peso ridotto	Q4*
	Ergonomia prova pratica	Q1
	Perforatore craniale a ridotto numero di giri:	
	Peso ridotto	Q4*
	Ergonomia prova pratica	Q1
	Motore per fresa retto per cranio	
	Peso ridotto	Q4*
	Ergonomia prova pratica	Q1
	Motore per fresa angolato per cranio	
	Peso ridotto	Q4*
	Ergonomia prova pratica	Q1
	Motore per fresa per colonna vertebrale	
	Peso ridotto	Q4*
	Ergonomia prova pratica	Q1
	Motore per fresa per chirurgia endoscopica	
	Peso ridotto	Q4*
	Ergonomia prova pratica	Q1
	Motore per microseghe	
	Peso ridotto	Q4*
	Ergonomia prova pratica	Q1
	Motore per microdebrider per chirurgia transfenoidale	
	Peso ridotto	Q4*
	Ergonomia prova pratica	Q1
8	Ampiezza di gamma, varietà e tipologie del materiale di consumo compatibile con il sistema proposto. Allegare elenco relativo a: - Perforatore sterile e monouso - Lame per craniotomo sterili e monouso - Punte per fori sterili e monouso - Frese sterili e monouso - Seghe oscillanti sterili e monouso - Seghe reciprocanti sterili e monouso - Microdebrider sterile e monouso	Q2
9	Accessori disponibili opzionalmente (allegare elenco e descrizione)	Q1
10	Presenza di eventuale attacco universale per posizionamento viti per placche di aziende varie ovvero terminale che monta frese con attacco universale: SI/NO	Q5

11	Possibilità di monouso navigabile: SI/NO	Q5	
12	Sistema lava ottiche integrato per chirurgia ipofisaria: SI/NO	Q5	
13	Possibilità di sistema motorizzato con controllo manuale per maxillo- facciale (per manipoli già richiesti sia per manipoli drill, sia per seghe): SI/NO	Q5	
14	Presenza di tasto di attivazione del motore sulla centralina in caso di guasto del pedale di comando: SI/NO	Q5	
15	Pedale multifunzione con commutazione motore da utilizzare: SI/NO	Q5	
16	Progetto di assistenza tecnica per manutenzione full-risk (programmata/predittiva): condizioni migliorative rispetto all'art. 7 del capitolato tecnico	Q4 Allegare relazione	
17	Progetto formativo	Q1 Allegare relazione	

Luogo e data _____

IL DICHIARANTE

(Firma del dichiarante e timbro dell'impresa)

LOTTO 2

SISTEMA COMPLETO DI RACCOLTA LIQUORALE ERMETICA (CIG: 7526637955)

Requisiti minimi richiesti a pena di esclusione

Sistema completo di raccolta liquoriale ermetica		Presenza requisito richiesto		Indicare pagina/e di riferimento nella scheda tecnica
1	Reservoir (serbatoio di raccolta) graduato da almeno 75 ml, dotato di sistema antimicrobico con filtro antibatterico e/o antireflusso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Rubinetti : <ul style="list-style-type: none"> o a tre vie prossimalmente al reservoir o ad almeno due vie distalmente al reservoir Connessione a sacca di deflusso con capacità almeno di 500 ml, rimovibile, sostituibile e svuotabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Linee centimetriche di riferimento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	Facilmente montabile al letto del paziente o all'asta delle flebo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	Semplice regolazione del punto zero (asta o puntatore laser)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	Confezione sterile, monouso e latex free	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Materiale di consumo				
7	Sacche di raccolta liquoriale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

Elementi tecnici soggetti a valutazione e ad attribuzione di punteggio – LOTTO 2

Sistema di raccolta liquorale ermetica		Criterio	Eventuali dettagli/specifiche tecniche/gamma prodotti
1	Facilità di connessione dei vari elementi tra loro	La valutazione sarà determinata attraverso una valutazione empirica da parte dei singoli commissari Q2	
2	Facilità di verificare e variare punto zero	La valutazione sarà determinata attraverso una valutazione empirica da parte dei singoli commissari Q2	
3	Sicura sostituzione e/o svuotamento della sacca di raccolta	SI/NO Q5	
4	Facilità e sicurezza di prelievo liquorale	La valutazione sarà determinata attraverso una valutazione empirica da parte dei singoli commissari Q2	

Luogo e data _____

IL DICHIARANTE

(Firma del dichiarante e timbro dell'impresa)

Modalità di compilazione della domanda:

1. La firma non è soggetta ad autenticazione.
2. La presente dichiarazione deve essere prodotta unitamente a **copia fotostatica non autenticata** di un documento di identità del sottoscrittore, ai sensi dell'art. 38 comma 3) del D.P.R. 445/2000.
3. I campi del presente modulo devono essere compilati tutti obbligatoriamente.
4. Il presente modulo dovrà essere compilato in ogni parte, firmato e timbrato in originale su supporto cartaceo.
5. Una copia digitale, in formato word compatibile ed editabile (.doc oppure Docx), compilata in ogni parte ed identica al modulo cartaceo, dovrà essere allegata su CD-ROM non riscrivibile, insieme alla copia digitale in formato .pdf di un valido documento di identità del sottoscrittore.