

ALLEGATO F4

**Procedura aperta, ai sensi dell'art. 55 del D.Lgs n. 163/2006, per l'affidamento della fornitura di dispositivi di misurazione della glicemia in ambito ospedaliero occorrenti per le necessità di AA.SS.LL., EE.OO. e IRCCS della Regione Liguria per un periodo di anni tre con opzione di rinnovo per un ulteriore anno – Lotto unico. Importo presunto di gara € 1.061.100,00 (IVA esclusa).
Numero gara: 5881144**

**DICHIARAZIONE DELLA PRESENZA DELLE CARATTERISTICHE
TECNICHE RICHIESTE AI 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

	o attraverso "chip code".			
11	Presenza di un segnale visivo di eventuale incompatibilità della striscia reattiva inserita o di errata procedura di calibrazione, nel caso di calibrazione attraverso "sistemi di calibrazione esterna".	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
12	Tabella di correlazione costruita su una curva di calibrazione per la lettura del sangue neonatale a seconda dei valori dell'ematocrito	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
13	Disponibilità di confezionamento primario (flacone o altro) uguale o minore a 50 strisce reattive	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

Elementi tecnici soggetti a valutazione e ad attribuzione di punteggio:

	Elementi soggetti a valutazione	Parametro da valutare	
A	Gestione delle interferenze dovute a galattosio e bilirubina certificata da pubblicazioni e/o prove cliniche documentate	Assenza di interferenza dai parametri indicati.	<input type="checkbox"/> assenza interferenza da galattosio e bilirubina = 5 punti <input type="checkbox"/> assenza interferenza solo da galattosio = 2 punti <input type="checkbox"/> assenza interferenza solo da bilirubina = 2 punti <input type="checkbox"/> nessuna assenza = 0 punti
B	Influenza ematocrito	Livello minimo e massimo di ematocrito gestito	<input type="checkbox"/> livello minimo < 20%; livello massimo > 65% = 5 punti <input type="checkbox"/> livello minimo ≤ 25%; livello massimo ≥ 60% = 2,5 punti
C	Gestione delle interferenze per farmaci a concentrazioni terapeutiche e per parametri biochimici con valori in concentrazioni elevate certificata da pubblicazioni e/o prove cliniche documentate	Valore (mg/dl) limite di concentrazione gestito con assenza di interferenza in relazione ai seguenti parametri: <ul style="list-style-type: none"> - acido ascorbico - acido salicilico - acido urico - colesterolo - creatinina - dopamina - efedrina - ibuprofene - paracetamolo/acetaminofene - trigliceridi 	Per ciascuna sostanza indicare se l'assenza di interferenze è stata testata (si/no), specificando il valore limite di concentrazione gestito: <ul style="list-style-type: none"> • acido ascorbico <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Valore limite _____ (mg/dl) • acido salicilico <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Valore limite _____ (mg/dl) • acido urico <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Valore limite _____ (mg/dl) • colesterolo <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Valore limite _____ (mg/dl) • creatinina

H	Sicurezza e igienicità per gli operatori	Modalità espulsione della striscia reattiva, al fine di impedire il contatto accidentale con il sangue del paziente	<input type="checkbox"/> Espulsione automatica (senza contatto diretto con la striscia o altri supporti)= punti 10 <input type="checkbox"/> Igienicità ed ergonomicità dell'espulsione manuale punti da 0 a 5 Media valutazione motivata dei singoli commissari
---	--	---	---

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. n. 445/2000.