

CAPITOLATO TECNICO

Gara a procedura aperta, ai sensi dell'art. 55 D.Lgs. n. 163/2006, per l'affidamento della fornitura dei "Letti Bilancia" occorrenti alle AA.SS.LL, EE.OO. ed I.R.C.C.S. della Regione Liguria per un periodo di mesi 48, con opzione di rinnovo per ulteriori mesi 12 . Lotto unico.

LOTTO unico

LETTI BILANCIA PER EMODIALISI

a	DATI GENERALI	
a.1	Ditta produttrice	
a.2	Ditta distributrice	
a.3	Modello	
a.4	Anno immissione sul mercato versione offerta	
a.5	Indicare a quale classe appartiene (I,IIa, IIb, III: se di classe superiore alla I, allegare certificazione del notify body)	
a.6	L'apparecchiatura è costruita in conformità a normative NAZIONALI/UE (CEI, UNI, etc.)? (se sì elencare Ente, n° della norma, edizione)	
a.7	La ditta produttrice dell'apparecchiatura offerta dispone di certificazione di qualità ISO 9000	

b	REQUISITI MINIMI	
b.1	In materiale antiruggine ed altamente resistente	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
b.2	Piano letto rigido per permettere manovre rianimatorie	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
b.3	Piano letto regolabile in altezza	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
b.4	In caso di blackout o emergenza, manovra di sblocco manuale della movimentazione	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
b.5	Piano letto almeno a tre snodi di mobilità con comando elettronico	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
b.6	Ruote girevoli con ampia movimentazione con sistema di bloccaggio secondo normativa vigente	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
b.7	Sistema di pesatura a visore con possibilità di impostazione di tara	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
b.8	Letto bilancia idoneo per pazienti di peso almeno pari a 150 kg	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
b.9	Funzione anti black out del sistema di pesatura	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
b.10	Movimento di Trendelenburg	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
b.11	Interfacciamento compatibile con i sistemi informatici aziendali (SINED e GEPADIAL)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

b.12	Sponde mobili, con sistema anti schiacciamento conformi alle norme vigenti	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
b.13	Risoluzione della pesatura almeno pari +- 50 g, garantita almeno fino a 150 Kg	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
b.14	Presenza telecomando di controllo con o senza fili	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
b.15	Assenza di lattice (latex free) nel dispositivo e in tutti gli accessori	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
b.16	Servizio di assistenza tecnica omni-comprensivo, inclusa calibrazione del sistema di bilancia, per tutta la durata della garanzia	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
b.17	Dotato o di piano di appoggio integrato o di tavolino portaoggetti con ruote	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
b.18	L'apparecchiatura offerta è dotata di marcatura CE per i dispositivi medici (93/42) e conforme alla Direttiva 384/90	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
b.19	Conformità al D.Lgs. 81/08 di tutti i prodotti offerti	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
b.20	Durata garanzia minimo 24 mesi	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
b.21	Tempo massimo per la consegna: 60 giorni solari dall'ordinativo di fornitura	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
b.22	Dimensioni del piano idonee per paziente adulto	Specificare lung/larg. Cm.

QUALITA' – punteggio Max 60 punti, così suddivisi

c	CARATTERISTICHE OGGETTO DI VALUTAZIONE	Q	PUNTEGGIO
c.1	Telaio (struttura) in acciaio inox	Q5	3
c.2	Dimensioni del piano paziente (larghezza x lunghezza cm ²)	Q3*	6
c.3	Portata superiore a kg. 150 (specificare)	Q3	6
c.4	Garanzia maggiore di 24 mesi	Q3	6
c.5	Numero di piani di appoggio movimentabili in modo indipendente	Q2	4
c.6	Numero di snodi presenti oltre i tre	Q3	4
c.7	Ampiezza del range di regolazione dell'altezza da terra del piano (da... a...) [cm]	Q3*	6
c.8	Durata batterie tampone per la pesatura, espressa in minuti	Q3*	5
c.9	Presenza secondo telecomando con o senza fili (paziente)	Q5	5
c.10	Accessori inclusi: elencare e descrivere	Q2	6
c.11	Dotato sia di piano di appoggio integrato sia di tavolino portaoggetti con ruote	Q5	3
c.12	Numero celle del sistema di pesatura	Q3	3
c.13	Tempo di risoluzione dell'intervento dal momento della chiamata (in garanzia), festivi inclusi, espresso in ore.	Q4*	3