

ALLEGATO F4)

**PROCEDURA APERTA PER LA FORNITURA DI
“MATERIALE MONOUSO DI CONSUMO E STRUMENTARIO PER PROTESI ARTICOLARI –
MANO, CARPO, SPALLA, GOMITO, CAVIGLIA E PIEDE”
OCCORRENTI ALLE AA.SS.L., EE.OO., I.R.CC.S. DELLA REGIONE LIGURIA**

Durata: trentasei mesi con possibilità di rinnovo per ulteriori dodici mesi

Lotti n. 20

N. gara 6574685

SCHEDA INFORMATIVA RELATIVA ALLE CARATTERISTICHE TECNICHE

(Presentare una scheda per ciascun lotto offerto)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ cap (_____) il _____
residente a _____ cap (_____)
in Via _____ n. _____
C.F. _____ Partita IVA _____
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 le tabelle allegate per i soli lotti per cui si presenta offerta):

LOTTO 1

Protesi totali di polso

CARATTERISTICHE PRODOTTO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
Sub criterio		
Possibilità di impianto con o senza cemento	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____
Possibilità di utilizzo anche con protesi parziale per resurfacing del radio	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____
Numero di misure, destre e sinistre, disponibili	<input type="checkbox"/> Sì n° misure destre _____ N° misure sinistre _____ <input type="checkbox"/> No	_____
STRUMENTARIO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
Sub criterio		
Presenza di coperchio con filtro	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____

LOTTO 2

Protesi totale di semilunare

CARATTERISTICHE PRODOTTO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
Sub criterio		
Numero di misure, destre e sinistre, disponibili	<input type="checkbox"/> Sì n° misure destre _____ N° misure sinistre _____ <input type="checkbox"/> No	_____
STRUMENTARIO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
Sub criterio		
Presenza di coperchio con filtro	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____

LOTTO 3

Protesi di spalla di rivestimento

CARATTERISTICHE PRODOTTO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
<i>Sub criterio</i>		
Numero di taglie disponibili	N° varietà taglie disponibili. _____	_____
Possibilità di utilizzo di teste versione CTA	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____
STRUMENTARIO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
<i>Sub criterio</i>		
Presenza di coperchio con filtro	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____

LOTTO 4

Protesi di spalla Stemless (conservativa per pazienti giovani)

CARATTERISTICHE PRODOTTO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
<i>Sub criterio</i>		
Valutazione del sistema proposto in relazione al disegno dell'impianto	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____
Valutazione del sistema proposto in relazione alla varietà di soluzioni intra-operatorie consentite	Varietà di soluzioni intra-operatorie consentite: _____	_____
Valutazione del sistema proposto in relazione alla bassa invasività ossea sui tessuti molli	Bassa invasività ossea sui tessuti molli: _____	_____
Follow-up clinico documentato da lavori su riviste internazionali con impact factor maggiore a 1 da cui si ricavi l'indice di sopravvivenza dell'impianto. Periodo 01/01/1980 – 30/06/2015. Allegare tutti gli elementi utili alla valutazione del requisito sopraindicato	Numero di lavori documentati: _____	_____
Corsi di formazione ed aggiornamento del personale valutati in ordine a: <ul style="list-style-type: none"> Sedute operatorie presso Centri ad alta casistica annua Corsi di cadaver-lab 	N° sedute operatorie presso Centri ad alta casistica annua: _____ N° corsi di cadaver-lab: _____	_____ _____

STRUMENTARIO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
Sub criterio		
Presenza di coperchio con filtro	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____

LOTTO 5**Protesi di spalla sistema modulare**

CARATTERISTICHE PRODOTTO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
Sub criterio		
Valutazione del sistema proposto in relazione al disegno dell'impianto	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____
Valutazione del sistema proposto in relazione alla varietà di soluzioni intra-operatorie consentite	Varietà di soluzioni intra-operatorie consentite: _____	_____
Valutazione del sistema proposto in relazione alla bassa invasività ossea sui tessuti molli	Bassa invasività ossea sui tessuti molli: _____	_____
Follow-up clinico documentato da lavori su riviste internazionali con impact factor maggiore a 1 da cui si ricavi l'indice di sopravvivenza dell'impianto. Periodo 01/01/1980 – 30/06/2015. <i>Allegare tutti gli elementi utili alla valutazione del requisito sopraindicato</i>	Numero di lavori documentati: _____	_____
Corsi di formazione ed aggiornamento del personale valutati in ordine a: <ul style="list-style-type: none"> • Sedute operatorie presso Centri ad alta casistica annua • Corsi di cadaver-lab 	N° sedute operatorie presso Centri ad alta casistica annua: _____ N° corsi di cadaver-lab: _____	_____ _____
STRUMENTARIO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
Sub criterio		
Presenza di coperchio con filtro	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____

LOTTO 6**Protesi di spalla per trattamento artropatie e lesioni massive della cuffia dei rotatori**

CARATTERISTICHE PRODOTTO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
<i>Sub criterio</i>		
Valutazione del sistema proposto in relazione al disegno dell'impianto	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____
Valutazione del sistema proposto in relazione alla varietà di soluzioni intra-operatorie consentite	Varietà di soluzioni intra-operatorie consentite: _____	_____
Valutazione del sistema proposto in relazione alla bassa invasività ossea sui tessuti molli	Bassa invasività ossea sui tessuti molli: _____	_____
Follow-up clinico documentato da lavori su riviste internazionali con impact factor maggiore a 1 da cui si ricavi l'indice di sopravvivenza dell'impianto. Periodo 01/01/1980 – 30/06/2015. <i>Allegare tutti gli elementi utili alla valutazione del requisito sopraindicato</i>	Numero di lavori documentati: _____	_____
Corsi di formazione ed aggiornamento del personale valutati in ordine a: <ul style="list-style-type: none"> • Sedute operatorie presso Centri ad alta casistica annua • Corsi di cadaver-lab 	N° sedute operatorie presso Centri ad alta casistica annua: _____ N° corsi di cadaver-lab: _____	_____ _____
STRUMENTARIO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
<i>Sub criterio</i>		
Presenza di coperchio con filtro	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____

LOTTO 7**Protesi di spalla anatomica e inversa per frattura dell'omero prossimale a 3- 4 frammenti**

CARATTERISTICHE PRODOTTO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
<i>Sub criterio</i>		
Valutazione del sistema proposto in relazione al disegno dell'impianto	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____
Valutazione del sistema proposto in relazione alla varietà di soluzioni intra-operatorie consentite	Varietà di soluzioni intra-operatorie consentite: _____	_____
Valutazione del sistema proposto in relazione alla bassa invasività ossea sui tessuti molli	Bassa invasività ossea sui tessuti molli: _____	_____
Follow-up clinico documentato da lavori su riviste internazionali con impact factor maggiore a 1 da cui si ricavi l'indice di sopravvivenza dell'impianto. Periodo 01/01/1980 – 30/06/2015. <i>Allegare tutti gli elementi utili alla valutazione del requisito sopraindicato</i>	Numero di lavori documentati: _____	_____
Corsi di formazione ed aggiornamento del personale valutati in ordine a: <ul style="list-style-type: none"> • Sedute operatorie presso Centri ad alta casistica annua • Corsi di cadaver-lab 	N° sedute operatorie presso Centri ad alta casistica annua: _____ N° corsi di cadaver-lab: _____	_____ _____
STRUMENTARIO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
<i>Sub criterio</i>		
Presenza di coperchio con filtro	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____

LOTTO 8**Protesi per capitello radiale sterile**

CARATTERISTICHE PRODOTTO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
Sub criterio		
Valutazione del sistema proposto in relazione al disegno dell'impianto	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____
Valutazione del sistema proposto in relazione alla varietà di soluzioni intra-operatorie consentite	Varietà di soluzioni intra-operatorie consentite: _____	_____
Valutazione del sistema proposto in relazione alla bassa invasività ossea sui tessuti molli	Bassa invasività ossea sui tessuti molli: _____	_____
Valutazione in ordine al valore tecnico del materiale offerto	Materiale offerto: <input type="checkbox"/> Pirocarbonio <input type="checkbox"/> Titanio cromo-cobalto <input type="checkbox"/> Acciaio	_____
Follow-up clinico documentato da lavori su riviste internazionali con impact factor maggiore a 1 da cui si ricavi l'indice di sopravvivenza dell'impianto. Periodo 01/01/1980 – 30/06/2015. Allegare tutti gli elementi utili alla valutazione del requisito sopraindicato	Numero di lavori documentati: _____	_____
Corsi di formazione ed aggiornamento del personale valutati in ordine a: <ul style="list-style-type: none"> • Sedute operatorie presso Centri ad alta casistica annua • Corsi di cadaver-lab 	N° sedute operatorie presso Centri ad alta casistica annua: _____ N° corsi di cadaver-lab: _____	_____
STRUMENTARIO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
Sub criterio		
Presenza di coperchio con filtro	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____

LOTTO 9**Protesi di gomito sterile semivincolata**

CARATTERISTICHE PRODOTTO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
<i>Sub criterio</i>		
Valutazione del sistema proposto in relazione al disegno dell'impianto	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____
Valutazione del sistema proposto in relazione alla varietà di soluzioni intra-operatorie consentite	Varietà di soluzioni intra-operatorie consentite: _____	_____
Valutazione del sistema proposto in relazione alla bassa invasività ossea sui tessuti molli	Bassa invasività ossea sui tessuti molli: _____	_____
Follow-up clinico documentato da lavori su riviste internazionali con impact factor maggiore a 1 da cui si ricavi l'indice di sopravvivenza dell'impianto. Periodo 01/01/1980 – 30/06/2015. <i>Allegare tutti gli elementi utili alla valutazione del requisito sopraindicato</i>	Numero di lavori documentati: _____	_____
Corsi di formazione ed aggiornamento del personale valutati in ordine a: <ul style="list-style-type: none"> • Sedute operatorie presso Centri ad alta casistica annua • Corsi di cadaver-lab 	N° sedute operatorie presso Centri ad alta casistica annua: _____ N° corsi di cadaver-lab: _____	_____ _____
STRUMENTARIO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
<i>Sub criterio</i>		
Presenza di coperchio con filtro	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____

LOTTO 10**Protesi di gomito sterile non vincolata/vincolabile**

CARATTERISTICHE PRODOTTO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
<i>Sub criterio</i>		
Valutazione del sistema proposto in relazione al disegno dell'impianto	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____
Valutazione del sistema proposto in relazione alla varietà di soluzioni intra-operatorie consentite	Varietà di soluzioni intra-operatorie consentite: _____	_____
Valutazione del sistema proposto in relazione alla bassa invasività ossea sui tessuti molli	Bassa invasività ossea sui tessuti molli: _____	_____
Follow-up clinico documentato da lavori su riviste internazionali con impact factor maggiore a 1 da cui si ricavi l'indice di sopravvivenza dell'impianto. Periodo 01/01/1980 – 30/06/2015. Allegare tutti gli elementi utili alla valutazione del requisito sopraindicato	Numero di lavori documentati: _____	_____
Corsi di formazione ed aggiornamento del personale valutati in ordine a: <ul style="list-style-type: none"> • Sedute operatorie presso Centri ad alta casistica annua • Corsi di cadaver-lab 	N° sedute operatorie presso Centri ad alta casistica annua: _____ N° corsi di cadaver-lab: _____	_____ _____
STRUMENTARIO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
<i>Sub criterio</i>		
Presenza di coperchio con filtro	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____

LOTTE 11

Impianto primario per la ricostruzione dell'articolazione tibio-tarsica deformata da malattie degenerative o esiti traumatici

CARATTERISTICHE PRODOTTO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
Sub criterio		
Numero misure impianto	N° di varietà misure impianto disponibili oltre alle tre taglie richieste dal Capitolato tecnico: _____	_____
Numero spessori inserto in polietilene	N° varietà spessori inserto in polietilene: _____	_____
Possibilità di impianto con o senza cemento	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____
Basso profilo	Scasso osseo necessario: _____	_____
Rivestimento a contatto con osseo	Presenza di titanio plasma spray: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____
Materiale di costruzione rivestimento cupola astragalica in lega metallica Cro-Co	Presenza materiale di costruzione rivestimento cupola astragalica in lega metallica Cro-Co: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____
Presenza di compatibilità astragalo da revisione con altre componenti protesiche	Presenza di compatibilità astragalo da revisione con altre componenti protesiche: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____
Presenza di poca invasività tibiale	Presenza di poca invasività tibiale: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____
Corsi di formazione ed aggiornamento del personale valutati in ordine a: <ul style="list-style-type: none"> • Sedute operatorie presso Centri ad alta casistica annua • Corsi di cadaver-lab 	N° sedute operatorie: presso Centri ad alta casistica annua _____ N° corsi di cadaver-lab: _____	_____ _____

STRUMENTARIO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
<i>Sub criterio</i>		
Strumentario custom made	Presenza di poca invasività tibiale: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____
Presenza di coperchio con filtro	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____

LOTTE 12

Protesi tibio-tarsica analergica

CARATTERISTICHE PRODOTTO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
<i>Sub criterio</i>		
Numero misure impianto	N° di varietà misure impianto disponibili oltre alle tre taglie richieste dal Capitolato tecnico: _____	_____
Numero spessori inserto in polietilene	N° varietà spessori inserto in polietilene: _____	_____
Possibilità di impianto con o senza cemento	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____
Basso profilo	Scasso osseo necessario: _____	_____
Rivestimento a contatto con osseo	Presenza di titanio plasma spray: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____
Materiale di costruzione rivestimento cupola astraglica in lega metallica Cro-Co	Presenza materiale di costruzione rivestimento cupola astraglica in lega metallica Cro-Co: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____
Presenza di compatibilità astragalo da revisione con altre componenti protesiche	Presenza di compatibilità astragalo da revisione con altre componenti protesiche: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____

Centrale Regionale di Acquisto

Presenza di poca invasività tibiale	Presenza di poca invasività tibiale: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____
Corsi di formazione ed aggiornamento del personale valutati in ordine a: <ul style="list-style-type: none"> • Sedute operatorie presso Centri ad alta casistica annua • Corsi di cadaver-lab 	N° sedute operatorie presso Centri ad alta casistica annua: _____ N° corsi di cadaver-lab: _____	_____ _____
STRUMENTARIO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
<i>Sub criterio</i>		
Strumentario custom made	Presenza di poca invasività tibiale: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____
Presenza di coperchio con filtro	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____

LOTTO 13

Protesi per sostituzione prima metatarso falangea sterile

CARATTERISTICHE PRODOTTO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
<i>Sub criterio</i>		
Numero misure impianto	N° di misure impianto disponibili oltre alle tre misure, nella versione destra e sinistra, richieste dal Capitolato tecnico: _____	_____
Corsi di formazione ed aggiornamento del personale valutati in ordine a: <ul style="list-style-type: none"> • Sedute operatorie presso Centri ad alta casistica annua • Corsi di cadaver-lab 	N° sedute operatorie presso Centri ad alta casistica annua: _____ N° corsi di cadaver-lab: _____	_____ _____
STRUMENTARIO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
<i>Sub criterio</i>		
Strumentario custom made	Presenza di poca invasività tibiale: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____

Presenza di coperchio con filtro	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____
----------------------------------	---	-------

LOTTO 14

Impianto per piede piatto Endo-ortesi

CARATTERISTICHE PRODOTTO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
Sub criterio		
Numero diametri impianto	N° varietà diametri disponibili oltre alle quattro taglie richieste dal Capitolato tecnico: _____	_____
Numero lunghezze viti	N° varietà lunghezze viti: _____	_____
Numero diametri viti	N° diametri viti: _____	_____
Presenza colletto prossimale	Presenza di colletto prossimale: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____
Presenza filettatura trasversale	Presenza di filettatura trasversale: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____
Corsi di formazione ed aggiornamento del personale valutati in ordine a: • Sedute operatorie presso Centri ad alta casistica annua • Corsi di cadaver-lab	N° sedute operatorie presso Centri ad alta casistica annua: _____ N° corsi di cadaver-lab: _____	_____ _____
STRUMENTARIO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
Sub criterio		
Adeguatezza dello strumentario per la rimozione dell'impianto	Presenza di adeguato strumentario per la rimozione dell'impianto: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____
Presenza di coperchio con filtro	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____

LOTTO 15**Protesi metacarpo-falangee e interfalangee flessibili**

CARATTERISTICHE PRODOTTO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
Sub criterio		
Numero misure impianto	N° varietà misure impianto oltre alle quattro misure richieste dal Capitolato tecnico: _____	_____
Corsi di formazione ed aggiornamento del personale valutati in ordine a sedute operatorie presso Centri ad alta casistica annua	N° sedute operatorie presso Centri ad alta casistica annua: _____	_____
STRUMENTARIO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
Presenza di coperchio con filtro	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____

LOTTO 16**Protesi totale trapezio-metacarpali**

CARATTERISTICHE PRODOTTO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
Sub criterio		
Numero misure impianto	N° varietà misure impianto oltre alle quattro misure richieste dal Capitolato tecnico: _____	_____
Corsi di formazione ed aggiornamento del personale valutati in ordine a sedute operatorie presso Centri ad alta casistica annua	N° sedute operatorie presso Centri ad alta casistica annua: _____	_____
STRUMENTARIO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
Presenza di coperchio con filtro	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____

LOTTO 17

Protesi ulnare distale

CARATTERISTICHE PRODOTTO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
<i>Sub criterio</i>		
Numero misure impianto	N° varietà misure impianto: _____	_____
Valutazione in ordine al valore tecnico del materiale offerto	Materiale offerto: <input type="checkbox"/> Pirocarbonio <input type="checkbox"/> Titanio cromo-cobalto <input type="checkbox"/> Acciaio	_____
Corsi di formazione ed aggiornamento del personale valutati in ordine a sedute operatorie presso Centri ad alta casistica annua	N° sedute operatorie presso Centri ad alta casistica annua: _____	_____
STRUMENTARIO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
Presenza di coperchio con filtro	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____

LOTTO 18

Protesi radio-ulnare distale

CARATTERISTICHE PRODOTTO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
<i>Sub criterio</i>		
Numero misure impianto	N° varietà misure impianto: _____	_____
Corsi di formazione ed aggiornamento del personale valutati in ordine a sedute operatorie presso Centri ad alta casistica annua	N° sedute operatorie presso Centri ad alta casistica annua: _____	_____
STRUMENTARIO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
<i>Sub criterio</i>		
Presenza di coperchio con filtro	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____

LOTTO 19

Protesi metacarpo falangee anatomiche

CARATTERISTICHE PRODOTTO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
<i>Sub criterio</i>		
Numero misure impianto	N° varietà misure impianto: _____	_____
Valutazione in ordine al valore tecnico del materiale offerto	Materiale offerto: <input type="checkbox"/> Pirocarbonio <input type="checkbox"/> Titanio cromo-cobalto <input type="checkbox"/> Acciaio	_____
Corsi di formazione ed aggiornamento del personale valutati in ordine a sedute operatorie presso Centri ad alta casistica annua	N° sedute operatorie presso Centri ad alta casistica annua: _____	_____
STRUMENTARIO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
Presenza di coperchio con filtro	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____

LOTTO 20

Protesi interfalangee anatomiche

CARATTERISTICHE PRODOTTO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
<i>Sub criterio</i>		
Numero misure impianto	N° varietà misure impianto: _____	_____
Valutazione in ordine al valore tecnico del materiale offerto	Materiale offerto: <input type="checkbox"/> Pirocarbonio <input type="checkbox"/> Titanio cromo-cobalto <input type="checkbox"/> Acciaio	_____

Centrale Regionale di Acquisto

Corsi di formazione ed aggiornamento del personale valutati in ordine a sedute operatorie presso Centri ad alta casistica annua	N° sedute operatorie presso Centri ad alta casistica annua _____	_____
STRUMENTARIO	Presenza requisito richiesto	Indicare pagina/e della scheda tecnica ove possibile reperire il dato
<i>Sub criterio</i>		
Presenza di coperchio con filtro	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	_____