

ALLEGATO F4

**Procedura aperta, ai sensi dell'art. 55 del D.Lgs n. 163/2006, per l'affidamento di
"Protesi mammarie ed espansori mammari"
occorrenti alle AA.SS.LL., EE.OO. e IRCCS della Regione Liguria
per un periodo di anni tre con opzione di rinnovo per un ulteriore anno
Lotti n. 7
Importo quadriennale presunto di gara € 2.599.211,00 (IVA esclusa).
Numero gara 5313187**

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

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 i soli lotti per cui si presenta offerta):

Lotto 1: Protesi mammarie sterili testurizzate rotonde a volume fisso con almeno tre differenti profili riempite con gel silicone disponibile in due diverse coesività

	Requisiti minimi richiesti (pena esclusione)	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (eventuali)
1	Elastomero: Di grado medicale con almeno tre strati	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Testurizzazione: Non indebolimento dell'involucro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Testurizzazione: Assenza di gradienti osmotici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	Testurizzazione: Prevenzione della contrattura capsulare mediante accorgimenti tecnici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	Proiezioni: Almeno tre proiezioni	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	Gel di silicone: Il gel di silicone contenuto all'interno della protesi, disponibile in almeno due differenti coesività, deve avere caratteristiche atte a mantenere forma e la sofficità naturali e a ridurre la trasudazione attraverso l'involucro esterno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7	Gel di silicone: Il silicone utilizzato deve essere medicale	<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	Elastomero	Qualità e resistenza dell'elastomero in termini di dilatabilità dell'impianto	
B	Qualità della testurizzazione	Presenza di struttura superficiale atta a ridurre la contrattura capsulare	
C	Varietà di scelta: (es proiezioni, volumi etc)	Varietà di gamma	Indicare numero e pagina di riferimento di catalogo per riscontro
D	GEL	Varietà di scelta del tipo gel	Indicare numero e tipo

Lotto 2: voce a) Protesi mammarie sterili testurizzate anatomiche a volume fisso, ad alta adesività, riempite con gel di Silicone

	Requisiti minimi richiesti (pena esclusione)	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (eventuali)
1	Elastomero: di grado medicale con almeno tre strati Capacità di ridurre la trasudazione di gel di silicone (gel bleeding) mediante "barriera " su tutta la superficie dell'impianto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Testurizzazione: Alta adesività ai tessuti circostanti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Testurizzazione: Bassa incidenza della contrattura capsulare e della rotazione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	Testurizzazione: Assenza di gradienti osmotici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	Testurizzazione: Porosità minima: 300 micron	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	Forme e profili: Varietà di scelta di altezze, volumi e proiezioni	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

7	Forme e profili: punti di reperi e di orientamento sia visivi che tattili sulla parete anteriore e posteriore al fine di un ottimale posizionamento dell'impianto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8	Forme e profili: Range di dimensioni da 140 a 700 cc (circa)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
9	Forme e profili: Integrazione con la gamma di espansori tissutali mammari dedicati ricompresi nella voce 2b)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
10	Forme e profili: Presenza di protesi di prova corrispondenti alle principali misure	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
11	Forme e profili: Possibilità di fornitura materiale in conto deposito almeno tre pezzi per le misure principali	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
12	Gel di silicone: Il gel di silicone contenuto all'interno delle protesi deve possedere caratteristiche di alta/media coesività , atte a mantenere la forma e la sofficietà naturali	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
13	Gel di silicone: Capacità di riduzione del "rippling" e contrattura capsulare	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
14	Gel di silicone: Il silicone utilizzato deve essere medicale	<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	Elastomero	Qualità e resistenza dell'elastomero in termini di dilatabilità dell'impianto	
B	Qualità della testurizzazione Caratteristiche della porosità (Ampiezza media dei pori)	Testurizzazione con pori superiori a 300 micron	Indicare ampiezza media della "porosità" e pagina di riferimento scheda tecnica/catalogo per riscontro
C	Varietà di scelta: di volumi, polo e proiezioni per tutti i tipi di gel offerti	Varietà di gamma in termini di possibili opzioni in catalogo	Indicare numero e pagina di riferimento di catalogo per riscontro
D	Varietà di scelta coesività gel: almeno due tipologie di coesività	Disponibilità di fornitura di protesi uguali nelle caratteristiche ma con disponibilità di gel con coesività maggiore o minore. Viene misurata la varietà di gamma in termini di possibili opzioni in catalogo	Indicare numero e pagina di riferimento di catalogo per riscontro
E	Numero delle protesi di prova (di corrispondenza con le protesi definitive)	Varietà di gamma in termini di possibili opzioni disponibili	Indicare numero e pagina di riferimento di catalogo per riscontro

Lotto 2: voce b) Espansori mammari sterili temporanei

	Requisiti minimi richiesti (pena esclusione)	Presenza requisito richiesto	Note di dettaglio (eventuali)
1	Forma: anatomica	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
2	Involucro: di silicone	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
3	Involucro: di grado medicale con almeno tre strati	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
4	Testurizzazione: Alta adesività ai tessuti circostanti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
5	Testurizzazione: Prevenzione e riduzione della contrattura capsulare	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
6	Testurizzazione: Assenza di gradienti osmotici		
7	Testurizzazione: Porosità minima: 300 micron		

8	Volumi: Ricompresi tra 250- 850 cc (circa)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
9	Forme e profili: Corrispondenza alle protesi della voce 2a)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
10	Forme e profili: Adeguata disponibilità di gamma per forme, misure e proiezioni, per rispondere ad ogni esigenza clinica ed interfacciabili con una gamma di protesi corrispondenti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
11	Forme e profili: Possibilità di fornitura materiale in conto deposito almeno tre pezzi per le misure principali	<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	Qualità della testurizzazione Caratteristiche della porosità (Ampiezza media dei pori)	Testurizzazione con pori superiori a 300 micron	Indicare ampiezza media della "porosità" e pagina di riferimento scheda tecnica/catalogo per riscontro
B	Varietà di scelta: di forme, volumi, altezza del polo, proiezioni	Varietà di gamma in termini di possibili opzioni in catalogo	Indicare numero e pagina di riferimento di catalogo per riscontro
C	Sistema di riempimento	Valvola di riempimento anteriore integrata e rilevamento magnetico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
D	Sistema di riempimento	Qualità e sicurezza della valvola (integrazione della valvola)	
E	Sistema di riempimento	Qualità del dispositivo di reperimento della valvola in ogni confezione (semplicità di uso)	

Lotto 3: Voce a) Protesi mammarie sterili testurizzate anatomiche a volume fisso a media adesività, riempite con gel di Silicone

	Requisiti minimi richiesti (pena esclusione)	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (eventuali)
1	Elastomero: di grado medicale con almeno tre strati	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Elastomero: Capacità di ridurre la trasudazione di gel di silicone (gel bleeding) mediante "barriera" su tutta la superficie dell'impianto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Testurizzazione: Media aderenza ai tessuti circostanti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	Testurizzazione: Bassa incidenza della contrattura capsulare e della rotazione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	Testurizzazione: Assenza di gradienti osmotici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	Forme e profili: Varietà di scelta di forme, volumi e proiezioni (diversità tra asse altezza/larghezza)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7	Forme e profili: Punti di repere e di orientamento sia visivi che tattili sulla parete anteriore e posteriore al fine di un ottimale posizionamento dell'impianto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8	Forme e profili: Range di dimensioni da 140 a 700 cc (circa)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
9	Forme e profili: Presenza delle protesi di prova corrispondenti alle principali misure	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
10	Gel di silicone: Il silicone deve essere di grado medicale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
11	Gel di silicone: Il gel di silicone contenuto all'interno delle protesi deve possedere caratteristiche di alta coesività, atto a mantenere la forma e la sofficità naturali	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
12	Gel di silicone: Capacità di riduzione del "rippling" e contrattura capsulare	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

13	Integrazione con la gamma di espansori tissutali mammari dedicati di cui alla voce 3b)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
14	Possibilità di fornitura materiale in conto deposito almeno tre pezzi per le misure principali	<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	Elastomero	Qualità e resistenza dell'elastomero in termini di dilatabilità dell'impianto	
B	Qualità della testurizzazione Caratteristiche della porosità	Uniformità della testurizzazione	
C	Varietà di scelta: di volumi, polo e proiezioni	Varietà di gamma in termini di possibili opzioni in catalogo	Indicare numero e pagina di riferimento di catalogo per riscontro
D	Qualità del gel di silicone	Valutazione del livello di coesività	Indicare numero e pagina di riferimento di catalogo per riscontro
E	Numero protesi di prova (di corrispondenza a protesi definitive)	Varietà di gamma in termini di possibili opzioni disponibili	Indicare numero e pagina di riferimento di catalogo per riscontro

Lotto 3: Voce b) Espansori mammari sterili temporanei

	Requisiti minimi richiesti (pena esclusione)	Presenza requisito richiesto	Note di dettaglio (eventuali)
1	Involucro: di silicone medico con almeno tre strati	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
2	Testurizzazione: Media aderenza ai tessuti circostanti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
3	Testurizzazione: Prevenzione e riduzione della contrattura capsulare	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
4	Testurizzazione: Assenza di gradienti osmotici	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
5	Volumi: Ricompresi tra 250- 850 cc (circa)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
6	Forme: Almeno due forme	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
7	Corrispondenza alle protesi della voce 3a)	<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	Qualità della testurizzazione	Uniformità della testurizzazione	
B	Varietà di scelta: di forme, volumi, proiezioni, altezza del polo	Varietà di gamma in termini di possibili opzioni in catalogo	Indicare numero e pagina di riferimento di catalogo per riscontro
C	Sistema di riempimento	1- Valvola di riempimento anteriore integrata a rilevamento magnetico, dotata di superficie superiore autosigillante	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
D	Sistema di riempimento	2- Qualità e sicurezza della valvola (integrazione della valvola)	
E	Sistema di riempimento	3-Qualità del dispositivo di reperimento della valvola in ogni confezione (semplicità di uso)	
F	Sistema di riempimento	4-Parete posteriore rinforzata	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

G	Funzionalità di forma	Possibilità di effettuare l'espansione prevalentemente verso il polo inferiore	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
---	-----------------------	--	--

Lotto 4: Espansori tissutali temporanei sterili (per Chirurgia Ricostruttiva) con valvola di riempimento a distanza

	Requisiti minimi richiesti (pena esclusione)	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (eventuali)
1	Involucro: liscio costituito da elastomero di silicone	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
2	Involucro: con valvola di riempimento a distanza fornita di base di protezione in acciaio	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
3	Involucro: Il silicone utilizzato deve essere medicale	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
4	Base dell'espansore: in elastomero di silicone rinforzato	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	

Elementi tecnici soggetti a valutazione e ad attribuzione di punteggio:

	Elementi soggetti a valutazione	Parametro da valutare	
A	Elastomero	Qualità e resistenza dell'elastomero in termini di dilatabilità dell'impianto	
B	Connessione al tubo di riempimento	a) Disponibilità di un connettore per collegare il tubo di riempimento dell'espansore in caso di accorciamento dello stesso; b) Tubicino di riempimento saldato alla base dell'espansore.	<input type="checkbox"/> Presenza sola condizione a) <input type="checkbox"/> Presenza sola condizione b) <input type="checkbox"/> Presenza entrambe le condizioni a) e b)
C	Varietà di scelta: di forme, volumi, altezze del polo	Varietà di gamma in termini di possibili opzioni in catalogo	Indicare numero e pagina di riferimento di catalogo per riscontro

Lotto 5: Protesi mammarie sterili anatomiche con rivestimento in poliuretano.

	Requisiti minimi richiesti (pena esclusione)	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (eventuali)
1	Rivestimento in poliuretano a triplo strato	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
2	Testurizzazione : assenza di gradienti osmotici	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
3	Gel: coesivo	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
4	Gel: minore incidenza di contrattura capsulare per schiuma di Poliuretano vulcanizzata sulla membrana	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
5	Linea di repere: con un punto anteriore per un giusto orientamento e facile posizionamento	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
6	Forme - Varietà di scelta tra diverse altezze e proiezioni	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	Indicare numero e pagina di riferimento di catalogo per riscontro

Elementi tecnici soggetti a valutazione e ad attribuzione di punteggio:

	Elementi soggetti a valutazione	Parametro da valutare	
A	Qualità dell'elastomero	Schiuma di poliuretano vulcanizzata sulla membrana	
B	Varietà di scelta di altezze, proiezioni, forme, volumi	Varietà di gamma in termini di possibili opzioni in catalogo	Indicare numero e pagina di riferimento di catalogo per riscontro
C	Qualità del gel di silicone	Gel di silicone coesivo	
D	Numero delle protesi di prova (di corrispondenza con protesi definitive)	Varietà di gamma in termini di possibili opzioni disponibili	Indicare numero e pagina di riferimento di catalogo per riscontro

Lotto 6: Protesi mammarie sterili a doppia coesività

	Requisiti minimi richiesti (pena esclusione)	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (eventuali)
1	Involucro: di silicone: di grado medicale con almeno tre strati	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Testurizzazione: testurizzazione dell'involucro esterno prodotta con metodiche sicure	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Testurizzazione: Ad alta adesività che possa garantire assenza di gradienti osmotici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	Testurizzazione: Prevenzione della contrattura capsulare ottenuta mediante adesione ai tessuti circostanti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	Gel: di silicone a doppia coesività: Il gel contenuto all'interno della protesi è costituito da un gel di silicone coesivo più soffice nella parte posteriore dell'impianto e da un gel di silicone coesivo più consistente nella parte anteriore della stessa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	Forme e profili: presenza di diversi rapporti dimensionali (altezza, proiezione, larghezza e forma)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7	Linea di reperi: Con un punto anteriore per un giusto orientamento e facile posizionamento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8	Linea di reperi: Quattro punti di reperi posteriori	<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	Qualità dell'elastomero in termini di dilatabilità	Involucro in silicone in almeno triplo strato	<input type="checkbox"/>
B	Qualità della testurizzazione - Caratteristiche della porosità dell'involucro esterno	Verranno valutate le caratteristiche atte a ridurre la contrazione capsulare	
C	Varietà di scelta	Varietà di gamma in termini di possibili opzioni in catalogo	Indicare numero e pagina di riferimento di catalogo per riscontro
D	Conformazione delle protesi	1. Base della protesi concava 2. Margine superiore della protesi rastremato 3. Punti di reperi sulla faccia anteriore e posteriore dell'impianto	<input type="checkbox"/> Punto 1) <input type="checkbox"/> Punto 2) <input type="checkbox"/> Punto 3)
E	Corrispondenza delle protesi di prova con le protesi definitive	Varietà di gamma in termini di possibili opzioni disponibili	Indicare numero e pagina di riferimento di catalogo per riscontro

Lotto 7: Espansori mammari permanenti testurizzati con sistema valvolare a distanza

	Requisiti minimi richiesti (pena esclusione)	Presenza requisito richiesto		Note di dettaglio (eventuali)
1	Involucro esterno: in silicone testurizzato a più strati	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2	Involucro esterno: silicone di tipo medicale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3	Testurizzazione dell'involucro esterno prodotta con metodiche sicure che possa garantire: prevenzione della contrattura capsulare	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4	Testurizzazione dell'involucro esterno prodotta con metodiche sicure che possa garantire: non indebolimento dell'involucro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5	Testurizzazione dell'involucro esterno prodotta con metodiche sicure che possa garantire: assenza di gradienti osmotici	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6	Forme: disponibilità di almeno due forme	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
7	Protesi costituita da due camere, una esterna contenente gel di silicone e una interna espandibile con soluzione salina	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
8	Tubo di raccordo tra valvola e protesi o con sistema di valvola interna che ne garantisca l'ermeticità.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
9	Presenza di kit specifico per sigillare l'impianto in caso di rimozione del dispositivo valvolare.	<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	Elastomero	Qualità e resistenza dell'elastomero in termini di dilatabilità dell'impianto	
B	Varietà di scelta dei profili	Disponibilità di profili (oltre ai due minimi)	Indicare numero e pagina di riferimento di catalogo per riscontro
C	Connessione al tubo di riempimento	Disponibilità di un connettore per collegare il tubo di riempimento della protesi in caso di accorciamento dello stesso	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
D	Varietà di scelta: di forme, proiezioni, altezze del polo	Varietà di gamma in termini di possibili opzioni in catalogo	Indicare numero e pagina di riferimento di catalogo per riscontro

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.