



REGIONE LIGURIA

**DIREZIONE CENTRALE
ORGANIZZAZIONE**

**SETTORE
STAZIONE UNICA APPALTANTE
REGIONALE**

Modello M-5

(da allegare all' offerta tecnica)

QUESTIONARIO TECNICO

***Procedura aperta ex art. 60 del D. Lgs. n° 50/2016 per l'affidamento della
fornitura, di "dispositivi per pneumologia" occorrenti alle aa.ss., ee.oo., ir.c.c.s.
della Regione Liguria per un periodo di 24 mesi eventualmente rinnovabili per
ulteriori 12 mesi***

Lotti 44

Numero gara 8973583

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)

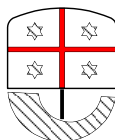
2 - ☐ in qualità di procuratore speciale, giusta procura speciale autenticata nella firma in data _____
_____ dal Notaio in _____ Dott.
_____, repertorio n. _____, e legale rappresentante

dell'impresa _____
con sede legale in _____ cap (_____) _____
via _____ n. _____
sede operativa in _____ cap (_____) _____
via _____ n. _____
C.F. _____ e P. IVA _____
di seguito "Impresa",

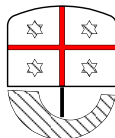
sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, consapevole della
responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni mendaci e/o
formazione di atti falsi e/o uso degli stessi

DICHIARA:

1) che i dispositivi offerti sono i seguenti:



LOTTO X	Descrizione	Compilare con il dato richiesto
1	Nome Commerciale Codice prodotto del Fabbricante Codice CND Numero di repertorio D.M. Tipologia Modello Produttore Nazione di produzione Fabbricante Mandatario Data inizio produzione anno Data inizio commercializzazione in Italia anno Periodo di garanzia offerto	<u>Compilare con i dati richiesti</u> ▪ <u>Non sono ammessi rimandi alla Scheda Tecnica</u>
2	Nome Commerciale Codice prodotto del Fabbricante Codice CND Numero di repertorio D.M. Tipologia Modello Produttore Nazione di produzione Fabbricante Mandatario Data inizio produzione anno Data inizio commercializzazione in Italia anno Periodo di garanzia offerto	
3	Nome Commerciale Codice prodotto del Fabbricante Codice CND Numero di repertorio D.M. Tipologia Modello Produttore Nazione di produzione Fabbricante Mandatario Data inizio produzione anno Data inizio commercializzazione in Italia anno Periodo di garanzia offerto	



LOTTO X	Descrizione	Compilare con il dato richiesto

2) Che i sistemi offerti hanno i seguenti requisiti minimi e preferenziali

PARTE I- REQUISITI TECNICI GENERALI OBBLIGATORI PENA ESCLUSIONE
(compilare una scheda per ogni lotto)

PARTE II- REQUISITI TECNICI PREFERENZIALI OGGETTO DI VALUTAZIONE DI QUALITA' (compilare una scheda per ogni lotto)

Il presente questionario tecnico relativo a dispositivi medici è da compilare integralmente da parte del Concorrente relativamente al lotto di partecipazione, senza alcun rimando alla/e Scheda/e Tecnica/Tecniche.

Il questionario deve essere debitamente firmato, timbrato e inoltrato insieme all'offerta.

Data e Firma

NB: Il documento dovrà essere SOTTOSCRITTO, A PENA DI ESCLUSIONE DALLA PROCEDURA, CON FIRMA DIGITALE dal legale rappresentante del concorrente (o persona munita da comprovati poteri di firma, la cui procura dovrà essere prodotta nella medesima Documentazione amministrativa)