

PROCEDURA APERTA A LIVELLO SOVRAZIONALE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI MATERIALE PER CHIRURGIA LAPAROSCOPICA E DISPOSITIVI VARI PER CHIRURGIA MININVASIVA. SCHEDA PRODOTTO.

N.B.: Da compilare per ciascun lotto oggetto di partecipazione

| | |
|---|-----------------------|
| SCHEDA PRODOTTO | LOTTO N. _____ |
| DENOMINAZIONE E RAGIONE SOCIALE DELLA DITTA PARTECIPANTE | |
| CODICE FISCALE | |
| PARTITA I.V.A. | |
| OGGETTO E DESCRIZIONE DEL LOTTO | |
| Denominazione prodotto attribuito dal Fabbricante | |
| Denominazione del Fabbricante, indirizzo, cap, località , telefono, e-mail, fax luogo di produzione | |
| Codice DM attribuito dal Fabbricante | |
| Denominazione del Fornitore indirizzo, cap, località, telefono, e-mail, fax luogo di produzione (se diverso da quello del Fabbricante) | |
| Codice DM attribuito dal Fornitore se diverso da quello apposto dal Fabbricante | |
| Unità di misura minima (si intende il DM minimo utilizzabile) | |
| Confezione minima di vendita (si intende la confezione minima o multipli di essa ordinabile) | |
| Destinazione d'uso attribuita dal Fabbricante secondo certificazione CE | |

| | |
|--|--|
| Caratteristiche tecniche dettagliate del dispositivo | |
| Composizione | |
| Specificare se latex free | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Se si, in quale percentuale? Indicare le parti contenenti lattice. | |
| Sono presenti ftalati | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Se si, in quale percentuale? Indicare le parti contenenti ftalati. | |
| Periodo di validità del dispositivo | |
| Caratteristiche dettagliate del confezionamento primario (confezione singola / doppia) | |
| Caratteristiche dettagliate del confezionamento secondario | |
| Classe di appartenenza secondo le direttive comunitarie sui DM | |
| Codice del dispositivo medico secondo la CND (codice della classificazione nazionale dei DM all'ultimo livello di stratificazione) | |
| N. di Repertorio nazionale | |
| (Eventuale): Per i dispositivi non sterili: idoneità del prodotto alla sterilizzazione e eventuale metodo di sterilizzazione compatibile | |

| | |
|---|--|
| (Eventuale): Per i dispositivi sterili metodo di sterilizzazione utilizzato e modalità di risterilizzazione in caso di danneggiamento dell'involucro originale; | |
| (Eventuale): Numero massimo di risterilizzazioni e eventuali avvertenze per l'uso e lo stoccaggio | |
| Altro | |
| FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA DITTA | |