

DITTA:				
	DESCRIZIONE	RISPONDEZA AI REQUISITI RICHIESTI (Indicare SI / NO per ogni singola voce)	MODELLO/ CODICI OFFERTI	Riferimento - indicare documento e numero di pagina di riferimento / rimando del criterio
GARA n. xxxxxxxxxxxxxx - fornitura di KIT STIMOLAZIONE CUTANEA AD ALTA FREQUENZA- LOTTO 3				
<i>Rispondente ai seguenti requisiti tecnico-operativi:</i>				
Voce a)	Caratteristiche essenziali dei KIT:			
	kit composto da nr° 1 patch multi ago da 2,5 pollici :		<i>inserire il codice dell'articolo offerto</i>	
	1) monopaziente			
	2) sterile			
	lunghezza dei micro aghi: 0,74 mm.			
	quantità dei micro aghi per patch: uguale o > di 1.000 microaghi.			
	Patch adesivo transcutaneo con superficie rettangolare -sterile mono paziente.			
	Caratteristiche preferenziali dei KIT (comprese in fornitura nel prezzo offerto):	inserire SI/NO oppure VALORE		Riferimento - indicare documento e numero di pagina di riferimento / rimando del criterio
2.1	Presenza di tecnologia micro-invasiva con micro-aghi			
Voce b)	Caratteristiche essenziali dei KIT:			
	kit costituito da: nr° 2 patch multi ago da 2,5 pollici :		<i>inserire il codice dell'articolo offerto</i>	
	1) monopaziente			
	2) sterile			
	lunghezza dei micro aghi: 0,74mm			
	quantità dei micro aghi per patch: uguale o > di 1.000 microaghi			
	Caratteristiche preferenziali dei KIT (comprese in fornitura nel prezzo offerto):	inserire SI/NO oppure VALORE		Riferimento - indicare documento e numero di pagina di riferimento / rimando del criterio
3.1	Presenza di tecnologia micro-invasiva con micro-aghi			
Voce c)	Caratteristiche essenziali dei generatori:			
	tecnologia ad alta frequenza per l'utilizzo di elettrodi/patch adesivi multi aghi		<i>inserire il codice dell'articolo offerto</i>	
	cavo di alimentazione elettrica con spina schuko			
	Caratteristiche preferenziali dei generatori (comprese in fornitura nel prezzo offerto):	inserire SI/NO oppure VALORE		Riferimento - indicare documento e numero di pagina di riferimento / rimando del criterio
4.1	Funzionamento opzionale a batteria			
4.2	Borsa con tracolla dedicata			
	Altre informazioni tecniche	OVE RICHIESTO INDICARE I VALORI / DESCRIZIONE		Riferimento - indicare documento e numero di pagina di riferimento / rimando del criterio
	Per I KIT:			
	Destinazione d'uso, ovvero l'utilizzazione alla quale è destinato il dispositivo secondo le indicazioni fornite dal fabbricante nell'etichetta, nel foglio illustrativo e/o nel manuale pubblicitario			
	Anno di immissione sul mercato			
	Dimensioni (in cm)			
	Peso (in Kg)			
	Per IL GENERATORE:			
	Destinazione d'uso dell'apparecchiatura, ovvero l'utilizzazione alla quale è destinato il dispositivo secondo le indicazioni fornite dal fabbricante nell'etichetta, nel foglio illustrativo e/o nel manuale pubblicitario			
	Anno di immissione sul mercato			
	Dimensioni (in cm)			
	Peso (in Kg)			
	tensione di alimentazione elettrica (in V +/- %)			
	frequenza di alimentazione elettrica (in Hz)			
	potenza elettrica assorbita (in W o VA)			
	grado di protezione (IP)			
	classe di sicurezza elettrica secondo la norma IEC 62353/60601			
	tipo di parte applicata (B, BF, CF) secondo la norma IEC 62353/60601			

	ULTERIORI CARATTERISTICHE TECNICHE ED OPZIONI:			
	SERVIZIO DI ASSISTENZA TECNICA E MANUTENZIONE:	OVE RICHIESTO INDICARE I VALORI / DESCRIZIONE	Riferimento - indicare documento e numero di pagina di riferimento / rimando del criterio	
	Riparazioni effettuate secondo la buona regola dell'arte, con l'utilizzo di ricambi originali senza alcuna modifica delle caratteristiche delle apparecchiature nel rispetto delle norme costruttive specifiche cui sono soggette (si/no)			
	Tempo medio necessario per l'esecuzione della visita di manutenzione preventiva			
	Numero di verifiche di sicurezza elettrica raccomandate dal Costruttore			
	Reperibilità garantita delle parti di ricambio e del materiale di consumo (in anni)			
	Tempo di intervento garantito dalla chiamata (in ore lavorative)			
	Tempo di risoluzione garantito dalla chiamata (in giorni)			
	Giorni ed orari di apertura del servizio di assistenza tecnica			
	Periodi di chiusura aziendale			
	Numero di reperibilità del Responsabile Tecnico			
	ATTIVITA' FORMATIVA:	OVE RICHIESTO INDICARE I VALORI / DESCRIZIONE		
	Formazione del personale sanitario (si/no)			
	Durata del corso di formazione (ore o giornate)			
	Massimo numero di sessioni formative			
	Attestato formativo riportante i nominativi dei partecipanti (si/no)			
	Materiale didattico fornito (elenco/descrizione)			
	Disponibilità a successivo aggiornamento formativo gratuito (si/no)			