



Riferimenti precedenti: nessuno

Allegati: Allegato 1 (fac-simile istanza e scheda fornitore)

Oggetto: Avviso per la manifestazione d'interesse finalizzata all'individuazione degli operatori economici interessati alla partecipazione alla procedura per l'affidamento della fornitura di sistemi per la neurostimolazione sacrale (NMS) per il trattamento cronico dei disturbi del pavimento pelvico un periodo di 36 mesi (ID20PRO008).

Il presente avviso è finalizzato unicamente ad acquisire **manifestazioni di interesse**, nel rispetto del principio della non discriminazione, della parità di trattamento e trasparenza, da parte del maggior numero di operatori economici potenzialmente interessati a partecipare alla procedura di acquisizione di seguito indicata, per le esigenze delle Aziende del S.S.R. del Friuli Venezia Giulia:

SISTEMA IMPIANTABILE PER LA NEUROMODULAZIONE SACRALE (NMS) PER IL TRATTAMENTO CRONICO DEI DISTURBI DEL PAVIMENTO PELVICO.

Composizione del sistema:

- Elettrocattetere NMR-compatibile
- kit per introduzione percutanea;
- neurostimolatore impiantabile (IPG);
- neurostimolatore impiantabile e ricaricabile (IPG)
- cavo di estensione;
- programmatore – paziente (2°tempo);
- stimolatore esterno per la fase del test di prova (1°tempo);
- cavi di connessione per lo stimolatore del test di prova (1°tempo);
- programmatore – paziente (1°tempo)"

Per quanto sopra, gli operatori economici interessati potranno far pervenire a mezzo PEC (arcs@certsanita.fvg.it), entro 15 giorni dalla pubblicazione sul sito Aziendale, quanto segue:

quanto segue:

- dichiarazione di interesse a partecipare alla nuova procedura, a firma del rappresentante legale o di un procuratore;
- dati identificativi della ditta interessata a partecipare alla procedura;

- contatti (referente della gara, agente di zona, telefono, fax, indirizzo mail, etc.);
- schede tecniche dei prodotti disponibili;
- ogni altra informazione e/o osservazione ritenuta utile.

Gli operatori economici, per il solo interesse manifestato alla presente indagine, non potranno vantare alcun titolo, pretesa, preferenza o priorità in ordine all'affidamento della fornitura.

Cordiali saluti.

Il Dirigente Delegato
Marco Zanon
Firmato digitalmente



Allegato 1

Oggetto: **Avviso per la manifestazione d'interesse finalizzata all'individuazione degli operatori economici interessati alla partecipazione alla procedura per l'affidamento della fornitura di sistemi per la neurostimolazione sacrale (NMS) per il trattamento cronico dei disturbi del pavimento pelvico un periodo di 36 mesi (ID20PRO008).**

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

e residente a _____

in via _____ n. ___ in qualità di _____ (Titolare, rappresentante legale, procuratore, ecc.)

della Ditta/Società _____

sotto la sua personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e dall'art. n. 496 c.p.

MANIFESTA

il proprio interesse a partecipare alla procedura per l'affidamento della fornitura di PELLICOLE RADIOGRAFICHE per un periodo di 24 mesi (ID19REA016).

A tal fine dichiara:

- 1) iscrizione nel registro delle Imprese _____
- 2) di aver adempiuto, ove applicabile, agli obblighi di legge previsti dal **D. Lgs. n. 152/2006** ss.mm.ii. e di essere in regola con gli obblighi contributivi normativamente previsti;
- 3) l'assenza delle cause di esclusione di cui all'art. 80 del d.lgs. 50/2016 e s.m.i.;

Si allega "scheda fornitore"

Data _____

Firma _____

SI ALLEGA COPIA FOTOSTATICA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3, comma 10, Legge 15.05.1997 n. 127.

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 14 tab.B) D.P.R. 642/197.

SCHEDA FORNITORE

RAGIONE SOCIALE: _____	
CODICE FISCALE: _____	PARTITA IVA: _____

SEDE LEGALE

INDIRIZZO: _____	CITTÁ: _____	CAP: _____
N° TEL: _____	N. Fax: _____	email: _____
PEC: _____		
N. ISCRIZIONE REGISTRO IMPRESE E SEDE: _____		
CCNL APPLICATO: _____		

SEDE AMMINISTRATIVA (se diversa da sede legale)

INDIRIZZO: _____	CITTÁ: _____	CAP: _____
N° TEL: _____	N. Fax: _____	email: _____
PEC: _____		

SEDE OPERATIVA (se diversa da sede amministrativa)

INDIRIZZO: _____	CITTÁ: _____	CAP: _____
N° TEL: _____	N. Fax: _____	Pec: _____

PER COMUNICAZIONI O INOLTRO ATTI DI GARA

Indicare il domicilio eletto per le comunicazioni:

POSTA CERTIFICATA (PEC) _____

INDIRIZZO:

TEL: _____

N. Fax: _____

REFERENTE UFFICIO GARE: _____

N° TEL: _____ N. Fax: _____

REFERENTE DI ZONA (EVENTUALE): _____

N° TEL: _____ N. Fax: _____

PER COMUNICAZIONI O INOLTRO ORDINI

REFERENTE UFFICIO ORDINI: _____

INDIRIZZO: _____	CITTÁ: _____	CAP: _____
N° TEL: _____	N. Fax: _____	email: _____
email per INOLTRO AVVISI DI PAGAMENTO: _____		

WHITE LIST PROVINCIALE

<input type="checkbox"/> ISCRITTA <input type="checkbox"/> NON ISCRITTA
SE ISCRITTA INDICARE SEDE DI COMPETENZA (PROVINCIA): _____

DATA

timbro e firma

di un legale rappresentante o procuratore