



**Riferimenti precedenti:** nessuno

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

**Oggetto: ID.20REA007. Avviso per la manifestazione d'interesse finalizzata all'individuazione degli operatori economici interessati alla partecipazione alla procedura per l'affidamento della fornitura di un sistema per l'esecuzione del test relativo alla identificazione delle metastasi linfonodali nelle pazienti con tumore alla mammella in fase intraoperatoria tramite metodologia OSNA per un periodo di 36 mesi**

L'ARCS, Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute, intende esperire una procedura al fine dell'acquisizione del prodotto avente le caratteristiche tecniche minime di seguito indicate:

LOTTO 1) Sistema, nella forma del "service", costituito da strumentazione, accessori, reagenti e materiali di consumo per l'esecuzione del test rapido (max 40 minuti totali compresa parte prenalitica) relativo alla "identificazione delle metastasi linfonodali nelle pazienti con tumore alla mammella" in fase intraoperatoria tramite metodologia OSNA, per un periodo di 36 mesi, eventualmente rinnovabile per ulteriori 24 mesi

*Tutta la strumentazione dovrà essere nuova di fabbrica e di ultima generazione, funzionante e comprensiva di tutti gli accessori necessari per l'esecuzione del test in oggetto. Tutta la strumentazione, inoltre, dovrà essere fornita nella forma del "service", ovvero in noleggio e comprensiva dell'assistenza tecnica per tutta la durata del contratto.*

*Dovranno altresì essere forniti tutti i reagenti e i materiali di consumo necessari.*

<b><u>Fabbisogni annuali presunti distinti per Azienda del SSR</u></b>	<b>AS.FO</b>	<b>ASU.FC</b>	<b>ASU.GI</b>	<b>CRO Aviano</b>
n. sistemi completi richiesti:	1	2	2	1
n. pazienti/anno presunti:	180	410	315	290
rapporto medio paziente/test:	2	1,8	1,8	2,9

A tal fine il presente avviso è finalizzato unicamente ad acquisire manifestazioni di interesse da parte degli operatori economici potenzialmente interessati a partecipare all'eventuale procedura di acquisizione indicata in oggetto.

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

- Istanza di manifestazione d'interesse debitamente compilata e firmata digitalmente, con indicazione dei lotti;
- Scheda tecnica del prodotto proposto da cui si evincano CND (ove previsto), descrizione, nome commerciale e codice articolo ed evidenzi il rispetto delle caratteristiche minime richieste;
- 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.

L'Amministrazione si riserva la facoltà, per motivate sopraggiunte valutazioni, di non dar seguito all'indizione della successiva gara per l'affidamento della fornitura di cui trattasi, senza che i soggetti richiedenti possano vantare alcuna pretesa.

Con il presente avviso non è in detta alcuna procedura di gara.

Distinti saluti.

Il Dirigente delegato  
Marco Zanon  
*Firmato digitalmente*



Oggetto: **manifestazione d'interesse finalizzata all'individuazione degli operatori economici interessati alla partecipazione alla procedura di acquisizione per l'affidamento della fornitura di un sistema per l'esecuzione del test relativo alla identificazione delle metastasi linfonodali nelle pazienti con tumore alla mammella in fase intraoperatoria tramite metodologia OSNA per un periodo di 36 mesi (ID.20REA007).**

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 un sistema per l'esecuzione del test relativo alla identificazione delle metastasi linfonodali nelle pazienti con tumore alla mammella in fase intraoperatoria tramite metodologia OSNA per un periodo di 36 mesi , eventualmente rinnovabile per ulteriori 24 mesi (ID.20REA007).

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

ISCRITTA     NON ISCRITTA

SE ISCRITTA INDICARE SEDE DI COMPETENZA ( PROVINCIA): \_\_\_\_\_

DATA

timbro e firma

di un legale rappresentante o procuratore