

## EMERGENZA COVID-19

### **AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATO ALLA FORNITURA URGENTE DI TERMOMETRI PROFESSIONALI MEDICALI AD INFRAROSSI NON A CONTATTO PER LA MISURAZIONE DELLA TEMPERATURA DELLA FRONTE.**

L'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS), con sede legale a Udine, via Pozzuolo 330, al fine di fronteggiare la situazione di emergenza epidemiologica da Covid-19 che sta interessando l'intero territorio nazionale, viste le misure urgenti adottate dal Governo con D.L. 23 febbraio 2020 n.6, con il DPCM 23 febbraio 2020, con il DPCM 11 marzo 2020 e con il D.L. 17 marzo 2020 n.18, intende procedere all'effettuazione di una indagine di mercato al fine di rintracciare gli operatori economici in grado di garantire con assoluta urgenza **entro un termine massimo di n. 7 giorni consecutivi dalla data di conferma da parte dell'ARCS** la sottoelencata fornitura, da destinare alle Aziende del Servizio Sanitario della Regione Friuli Venezia Giulia:

OGGETTO	N. 1500 TERMOMETRI PROFESSIONALI MEDICALI AD INFRAROSSI NON A CONTATTO PER LA MISURAZIONE DELLA TEMPERATURA DELLA FRONTE
MODALITA' DI FORNITURA	Acquisto
SPECIFICHE TECNICHE MINIME	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Termometro ad infrarossi senza contatto</li> <li>• Destinazione d'uso: eseguire la misura di temperatura del corpo umano indipendentemente dalla temperatura dell'ambiente circostante, senza contatto</li> <li>• Misurazione frontale</li> <li>• Distanza misurazione indicativa: 1-3 cm.</li> <li>• Con display, preferibilmente retroilluminato</li> <li>• Indicazione acustica e visiva del termine della misurazione della temperatura</li> <li>• Temperatura di soglia regolabile</li> <li>• Intervallo minimo di visualizzazione della temperatura del viso compreso tra 34°C e 42°C</li> <li>• Risoluzione della temperatura nel display 0,1 °C</li> <li>• Range minimo di accuratezza: ± 0,3 °C</li> <li>• Alimentazione a batteria</li> <li>• Indicazione batteria in esaurimento</li> <li>• Registrazione RDM/CND</li> </ul> Certificazione: dispositivo medico classe IIA

<p>MODALITA' DI PARTECIPAZIONE</p>	<p>Gli operatori economici interessati sono invitati a presentare la propria offerta tramite PEC (arcs.certsanita.fvg.it), allegando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- scheda fornitore debitamente compilata (vedi Allegato)</li> <li>- adeguata documentazione tecnica (scheda tecnica, certificazioni di conformità)</li> <li>- relativo preventivo con indicazione codice articolo, denominazione, prezzo unitario (IVA esclusa) – <b>Il prezzo unitario non dovrà essere superiore a € 80,00, IVA esclusa</b></li> <li>- indicazione quantità disponibili in pronta <b>consegna</b> – da effettuarsi presso Magazzino Interporto di Villanova di Pordenone <b>entro il 18.05.2020</b></li> <li>- eventuali ulteriori quantità disponibili e relativi tempi di consegna nel breve/medio periodo</li> </ul>
<p>MODALITA' INDIVIDUAZIONE AFFIDATARIO</p>	<p>La fornitura verrà affidata a uno o più Operatori Economici in grado di presentare prodotti rispondenti alle caratteristiche richieste e di garantire la consegna entro i termini sopra indicati.</p> <p>Qualora la disponibilità del mercato risultasse superiore ai fabbisogni richiesti, verrà seguito il parametro del prezzo più basso a fronte della rispondenza tecnica.</p> <p>L'operatore economico che non sarà chiamato ad eseguire la fornitura, nel rispetto delle condizioni oggettive di cui sopra, non avrà alcunché a pretendere.</p>
<p>TEMPISTICA DI PARTECIPAZIONE</p>	<p>Considerata l'estrema urgenza, le offerte dovranno pervenire <b>entro e non oltre le ore 10:00 del giorno 11.05.2020</b></p>
<p>INFORMAZIONI</p>	<p>sig. Giovanni Tracanelli – tel. 0432 1438211 mail: <a href="mailto:giovanni.tracanelli@arcs.sanita.fvg.it">giovanni.tracanelli@arcs.sanita.fvg.it</a></p>

Il Direttore  
Acquisizione Beni e Servizi  
Elena Pitton  
*(firmato digitalmente)*

Spett.le  
ARCS – Azienda Regionale di  
Coordinamento per la Salute

Trasmesso via PEC all'indirizzo:  
PEC [arcs@certsanita.fvg.it](mailto:arcs@certsanita.fvg.it)

Oggetto: **Avviso esplorativo per manifestazione di interesse per la fornitura di termometri professionali medicali ad infrarossi non a contatto per la misurazione della temperatura della fronte**

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 la fornitura in oggetto**

A tal fine dichiara:

- 1) che la Ditta/Società \_\_\_\_\_ è in grado di garantire la fornitura oggetto del presente avviso alle condizioni prescritte;
- 2) l'assenza delle cause di esclusione di cui all'art. 80 del d.lgs. 50/2016 e ss.mm.ii.;

Si allegano:

- 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**

<b>Indicare il domicilio eletto per le comunicazioni:</b>
<b>POSTA CERTIFICATA (PEC)</b> _____
<b>INDIRIZZO:</b>
TEL: _____
N. Fax: _____
REFERENTE UFFICIO GARE: _____
N° TEL: _____ N. Fax: _____
REFERENTE DI ZONA (EVENTUALE): _____
N° TEL: _____ N. Fax: _____