



Riferimenti precedenti: nessuno

Allegati: Allegato 1 (bozza capitolato)

Allegato 2 (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 PELLICOLE RADIOGRAFICHE per un periodo di 24 mesi (ID19REA016).**

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

LOTTO 1) Pellicole per stampanti laser a secco "Agfa".

LOTTO 2) Pellicole per Fisica Medica.

LOTTO 3) Cassette radiologiche "Kodak", schermi per cassette e pulitori.

LOTTO 4) Cassette radiologiche "Agfa", schermi per cassette e pulitori.

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), 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

Allegato 1

Bozza CAPITOLATO TECNICO FORNITURA di PELLICOLE RADIOGRAFICHE – ID19REA016

1. SPECIFICHE TECNICHE, FABBISOGNI PRESUNTI PER 24 MESI:

3	a	CR Cassette Direct View - 18x24 cod. 1585215	Pezzi	6	-	1	-	-	7
	b	CR Cassette Direct View - 24x30 cod. 8864811	Pezzi	10	-	2	-	-	12
	c	CR Cassette Direct View - 36x43 cod. 8413510	Pezzi	10	-	2	-	-	12
	d	Schermo per cassetta radiografica PQ-PLATE SCHERMO PQ 35X43 - cod. SP8824609	Pezzi	12	-	2	-	-	14
	e	Schermo per cassetta radiografica PQ-PLATE SCHERMO PQ 24X30 - cod. SP	Pezzi	-	-	2	-	-	2
	f	Schermo per cassetta radiografica PQ-PLATE SCHERMO PQ 18X24 - cod.	Pezzi	-	-	1	-	-	1
	g	Pulitore per plate KODAK CR - CSH X-OMAT SCREEN CLEANER - cod. 8454977		6	-	2	-	6	14
	h	CASSETTE RADIOLOGICHE DIRECTVIEW CR CON GRIGLIA 36x43 cod 8627688		8	-	-	-	-	8
<u>Cassette radiologiche "Agfa", schermi per cassette e pulitori</u>									
4	a	CR cassette per CR MD 4,0 Gen Cass HR - 18x24 cod.	Pezzi	-	1	5	-	-	6
	b	CR cassette per CR MD 4,0 Gen Cass HR - 24x30 cod.	Pezzi	-	1	7	-	-	8
	c	CR cassette per CR MD 4,0 Gen Cass HR - 36x43 cod.	Pezzi	-	2	9	-	-	11
	d	Schermo per cassetta radiografica General Plate Agfa 18x24 - cod. SP	Pezzi	-	-	5	-	-	5
	e	Schermo per cassetta radiografica General Plate Agfa 24x30 - cod. SP	Pezzi	-	-	7	-	-	7
	f	Schermo per cassetta radiografica General Plate Agfa 35x43 - cod.	Pezzi	-	-	9	-	-	9
	g	Pulitore per plater Agfa, salviette per plater pulizia digitale (cnf pacchetti 3x30)	Cnf.	-	1	2	-	-	3



Allegato 2

Oggetto: **manifestazione d'interesse finalizzata all'individuazione degli operatori economici interessati alla partecipazione alla procedura di acquisizione per l'affidamento della fornitura di di PELLICOLE RADIOGRAFICHE per un periodo di 24 mesi (ID19REA016).**

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.

SCHEMA 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

