

ALLEGATO N. 1 - DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITA'

Al Responsabile/Direttore dell' U.O./Servizio  
[DENOMINAZIONE]

Oggetto: Acquisizione in regime di infungibilità di [indicare oggetto/oggetti]

Visti:

- l'art. 63 co 2 lett. b del Decreto Legislativo 18 Aprile 2016 n. 50;
- il "Regolamento per l'acquisto di beni e servizi in regime di infungibilità ed esclusività tecnica di cui all'art. 63 del Codice Appalti Pubblici (D.lgs. 50/2016)" approvato dal Comitato dei Direttori Generali delle Aziende Aven ed adottato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena con delibera n. 196 in data 14/11/2018

Rilevato che il suddetto documento

- definisce all'art. 3 i criteri da adottare al fine di individuare i beni ed i servizi da ritenersi infungibili con altri beni e servizi presenti sul mercato;
- individua, all'art. 4, le modalità secondo le quali deve essere acquisita, al fine di dare avvio alla procedura di acquisizione, la "Dichiarazione di infungibilità" dei beni e servizi oggetto di interesse;

Ciò premesso e considerato,

Il sottoscritto [NOME E COGNOME], in qualità di [INDICARE], chiede l'acquisto dei seguenti beni o servizi per i quali si presume ricorrano le condizioni di infungibilità di cui all'art. 3 punto [SPECIFICARE] del Regolamento per l'acquisto di beni e servizi in regime di infungibilità ed esclusività tecnica, [SE DISPONIBILI] nei quantitativi e per i periodi di seguito evidenziati:

[INDICARE OGGETTO] [INDICARE QUANTITATIVI] [INDICARE PERIODO RICHIESTO]

[INDICARE OGGETTO] [INDICARE QUANTITATIVI] [INDICARE PERIODO RICHIESTO]

[INDICARE OGGETTO] [INDICARE QUANTITATIVI] [INDICARE PERIODO RICHIESTO]

.....

commercializzati dalla ditta:[RAGIONE SOCIALE] con sede in [INDICARE LOCALITA'] via [INDIRIZZO]

ed a tale proposito, sotto la propria responsabilità, dichiara che il prodotto/servizio in oggetto risulta essere allo stato attuale unico ed infungibile per le seguenti motivazioni:

(per quanto attiene ai FARMACI):	<input type="checkbox"/> Non può essere considerato equivalente dal punto di vista clinico-terapeutico, ovvero con effetto terapeutico comparabile con il prodotto oggetto della consultazione di preliminare di mercato <input type="checkbox"/> indicazione terapeutica per specifica patologia <input type="checkbox"/> indicazione terapeutica per specifico caso clinico
(per quanto attiene ai DISPOSITIVI MEDICI):	<input type="checkbox"/> Non possiede caratteristiche che garantiscono soluzioni equivalenti in termini di destinazione d'uso, prestazioni o requisiti funzionali con il prodotto oggetto della

	<p>consultazione di preliminare di mercato</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> indicazione terapeutica per specifica patologia</li> <li><input type="checkbox"/> indicazione terapeutica per specifico caso clinico</li> <li><input type="checkbox"/> Altre ragioni (specificare)</li> </ul> <hr/> <hr/> <hr/>
<p><u>(per quanto attiene ai BENI DUREVOLI):</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ragioni di natura tecnica correlate a specifiche indicazioni di natura e di destinazione d'uso diagnostica terapeutica e di risultato</li> <li><input type="checkbox"/> Ragioni di rinnovo parziale o ampliamento di forniture esistenti per cui l'impiego di altre apparecchiature simili comporta incompatibilità o difficoltà/rischi tecnici sproporzionati</li> </ul>
<p><u>(per quanto attiene al MATERIALE DI CONSUMO COLLEGATO ALL'UTILIZZO DEI BENI DUREVOLI)</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Non risulta possibile l'utilizzo di prodotti pienamente compatibili (come definito dalle direttive europee di regolamentazione dei dispositivi medici) con le apparecchiature in dotazione;</li> <li><input type="checkbox"/> L'utilizzo di altri prodotti presenti sul mercato rappresenta un rischio per la sicurezza degli operatori e degli utenti;</li> <li><input type="checkbox"/> L'utilizzo di altri prodotti presenti sul mercato non garantisce una sufficiente qualità del risultato dal punto di vista diagnostico/terapeutico</li> <li><input type="checkbox"/> L'utilizzo di altri prodotti presenti sul mercato comporta costi aggiuntivi sproporzionati relativamente ai servizi di manutenzione ordinaria e straordinaria</li> </ul>
<p><u>(per quanto attiene ai SERVIZI DI MANUTENZIONE DELLE ATTREZZATURE SANITARIE)</u></p>	<p>L'affidamento di tali servizi ad operatori diversi dal produttore delle apparecchiature, o da altri soggetti da esso autorizzati o senza la disponibilità degli strumenti necessari per la manutenzione (manuali di manutenzione, strumenti dedicati, firmware, aggiornamento sw, ..),</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> rappresenta un rischio per la sicurezza degli operatori e degli utenti,</li> <li><input type="checkbox"/> non garantisce una sufficiente qualità del risultato dal punto di vista diagnostico/terapeutico</li> <li><input type="checkbox"/> non garantendo la piena funzionalità dell'apparecchiatura, comporta costi aggiuntivi connessi all'anticipata sostituzione della stessa .</li> </ul>
<p><u>(per quanto attiene ai SERVIZI DI MANUTENZIONE ED ASSISTENZA AI SOFTWARE)</u></p>	<p>l'affidamento di tali servizi ad operatori diversi dallo sviluppatore del software, o da altri soggetti da esso autorizzati e conseguentemente non in possesso del codice sorgente del software stesso,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> rappresenta un rischio per la funzionalità della procedura,</li> <li><input type="checkbox"/> non garantisce l'adeguamento o implementazione della stessa in relazione a subentranti necessità normative o organizzative</li> <li><input type="checkbox"/> risulta in tutto o in parte incompatibile con le dotazioni di Hardware, comportando costi di investimento aggiuntivi.</li> <li><input type="checkbox"/> Il software si configura come Dispositivo Medico, o è collegato a procedure di natura diagnostico/terapeutica, e l'affidamento di tali servizi ad operatori diversi dallo sviluppatore del software, o da altri soggetti da esso autorizzati e conseguentemente non in possesso del codice sorgente del software stesso, comporta rischi connessi alla sicurezza degli operatori e degli utenti ed alla qualità del risultato dal punto di vista diagnostico/terapeutico.</li> </ul>

<p>(per quanto attiene l'ACQUISIZIONE DI SOFTWARE)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> I costi, economici ed organizzativi, connessi alla sostituzione delle procedure gestite con il software in questione, risultano sproporzionati.</li> <li><input type="checkbox"/> Il software si configura come Dispositivo Medico, o è collegato a procedure di natura diagnostico/terapeutica, e non risulta pienamente compatibile con le apparecchiature che intervengono nel percorso diagnostico terapeutico,</li> <li><input type="checkbox"/> Il software si configura come Dispositivo Medico, o è collegato a procedure di natura diagnostico/terapeutica, e la sua sostituzione comporta rischi connessi alla sicurezza degli operatori e degli utenti ed alla qualità del risultato dal punto di vista diagnostico/terapeutico.</li> </ul>
--	--

Altre motivazioni

Allega a dimostrazione di quanto affermato la seguente documentazione:

- Relazione clinica
  - letteratura medico-scientifica internazionale
  - sperimentazioni realizzate direttamente, linee guida, EBM, ecc.
  - schede tecniche dei prodotti richiesti.
  - Altro: \_\_\_\_\_
- 
- 
- 

Firma del Professionista dichiarante

ALLEGATO N. 2 - AVVISO DI CONSULTAZIONE PRELIMINARE DI MERCATO AI SENSI DELL'ART. 66 DEL D.LGS. 50/2016

Le Aziende sanitarie afferenti all'Area Vasta Emilia Nord afferenti (Ausl di Piacenza, Ausl di Parma, Azienda Ospedaliero universitaria di Parma, Ausl di Reggio Emilia, Ausl di Modena, Azienda Ospedaliero universitaria di Modena), hanno la presumibile necessità di procedere all'affidamento delle forniture e dei servizi di cui all'elenco Allegato n. 1.

Al fine di conoscere l'assetto dei mercati di riferimento, i potenziali concorrenti, gli operatori interessati e le relative caratteristiche soggettive, le soluzioni tecniche disponibili, e verificarne la rispondenza alle esigenze delle Aziende Sanitarie interessate, si ritiene di svolgere, ai sensi dell'art. 66 del D.Lgs 50/2016, consultazioni preliminari di mercato relative ai beni e servizi di cui all'elenco Allegato n. 1.

Si precisa che queste indagini di mercato hanno esclusivamente finalità esplorative e sono perordinate ad individuare la presenza sul mercato di operatori in grado di fornire i prodotti indicati negli oggetti, o prodotti con caratteristiche tecniche equivalenti in termini di funzione e di finalità di utilizzo, ovvero di svolgere i servizi individuati.

Gli operatori economici non potranno, per il solo interesse manifestato nei confronti della presente indagine esplorativa, vantare alcun titolo, pretesa o priorità in ordine all'eventuale affidamento della fornitura o del servizio relativamente al quale hanno espresso interesse.

Il presente avviso pertanto non costituisce avvio di una procedura di gara o di affidamento. L'indagine di mercato avviata attraverso la pubblicazione del presente avviso sul sito dell'Area Vasta Emilia Nord nella sezione relativa ai bandi di gara, e sui siti delle aziende ad essa afferenti (Ausl di Piacenza, Ausl di Parma, Azienda Ospedaliero universitaria di Parma, Ausl di Reggio Emilia, Ausl di Modena, Azienda Ospedaliero universitaria di Modena), si concluderà con la ricezione e la conservazione agli atti delle manifestazioni di interesse pervenute.

Il presente avviso non costituisce proposta contrattuale e non vincola in alcun modo le Aziende associate all'Aven ad avviare procedure di alcun tipo.

La Direzione Operativa Aven e le Aziende associate all'Aven si riservano di interrompere in qualsiasi momento, per ragioni di propria esclusiva competenza, il procedimento avviato, senza che i soggetti richiedenti od interessati possano vantare alcuna pretesa.

L'operatore economico che intende dimostrare il proprio interesse a partecipare ad una eventuale selezione orientata all'ottenimento di un bene ovvero di un servizio di cui al presente avviso di consultazione preliminare di mercato, dovrà trasmettere al seguente indirizzo PEC

\_\_\_\_\_ la documentazione tecnica richiesta, ed individuata nella apposita colonna dell'elenco allegato, nonché la dichiarazione sostitutiva relativa al possesso dei requisiti di partecipazione ed all'assenza di cause di esclusione di cui all'art. 80 del d.lgs 50/2016, resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 (Allegato n. 2). Possono infatti presentare manifestazione di interesse gli operatori economici, come definiti dall'art. 45 del D.Lgs 50/2016, iscritti al registro della camera di commercio ed in possesso dei requisiti di cui al citato art. 80 del D.Lgs 50/2016.

Ai sensi dell'art. 15 della legge n. 183 del 12/11/2011, non sarà accettato alcun certificato da parte delle imprese, ma solamente dichiarazioni sostitutive di certificazione.

Non saranno ritenute valide manifestazioni di interesse incomplete o parziali.

Qualora l'operatore economico risultasse interessato a più oggetti ricompresi nell'elenco allegato al presente avviso dovrà presentare una manifestazione di interesse completa della relativa documentazione per ognuno degli oggetti di interesse.

La manifestazione di interesse ed i relativi allegati, sottoscritti in forma digitale, ovvero in forma tradizionale con allegata fotocopia del documento di identità del sottoscrittore, dovranno essere trasmessi entro e non oltre le ore 12.00 del giorno al seguente indirizzo pec:

---

Ai sensi del D.lgs. 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni, si precisa che il trattamento dei dati personali sarà improntato a liceità e correttezza nella piena tutela dei diritti dei concorrenti e della loro riservatezza.

ALLEGATO N. 2 bis - AVVISO DI CONSULTAZIONE PRELIMINARE DI MERCATO AI SENSI DELL'ART. 66 DEL D.LGS. 50/2016 (procedura aziendale)

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena ha la presumibile necessità di procedere all'affidamento delle forniture e dei servizi di cui all'elenco allegato n.1.

Al fine di conoscere l'assetto dei mercati di riferimento, i potenziali concorrenti, gli operatori interessati e le relative caratteristiche soggettive, le soluzioni tecniche disponibili, e verificarne la rispondenza alle esigenze dell'Azienda, si ritiene di svolgere, ai sensi dell'art. 66 del D.Lgs 50/2016, consultazione preliminare di mercato relative ai beni e servizi di cui all'elenco Allegato n. 1.

Si precisa che queste indagini di mercato hanno esclusivamente finalità esplorative e sono preordinate ad individuare la presenza sul mercato di operatori in grado di fornire i prodotti indicati negli oggetti, o prodotti con caratteristiche tecniche equivalenti in termini di funzione e di finalità di utilizzo, ovvero di svolgere i servizi individuati.

Gli operatori economici non potranno, per il solo interesse manifestato nei confronti della presente indagine esplorativa, vantare alcun titolo, pretesa o priorità in ordine all'eventuale affidamento della fornitura o del servizio relativamente al quale hanno espresso interesse.

Il presente avviso pertanto non costituisce avvio di una procedura di gara o di affidamento. L'indagine di mercato avviata attraverso la pubblicazione del presente avviso sul sito dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena nella sezione relativa ai bandi di gara, si concluderà con la ricezione e la conservazione agli atti delle manifestazioni di interesse pervenute.

Il presente avviso non costituisce proposta contrattuale e non vincola in alcun modo l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena si riserva di interrompere in qualsiasi momento, per ragioni di propria esclusiva competenza, il procedimento avviato, senza che i soggetti richiedenti od interessati possano vantare alcuna pretesa.

L'operatore economico che intende dimostrare il proprio interesse a partecipare ad una eventuale selezione orientata all'ottenimento di un bene ovvero di un servizio di cui al presente avviso di consultazione preliminare di mercato, dovrà trasmettere al seguente indirizzo PEC

[acquisti.segreteria@pec.policlinico.mo.it](mailto:acquisti.segreteria@pec.policlinico.mo.it)

la documentazione tecnica richiesta, ed individuata nella apposita colonna dell'elenco allegato, nonché la dichiarazione sostitutiva relativa al possesso dei requisiti di partecipazione ed all'assenza di cause di esclusione di cui all'art. 80 del d.lgs 50/2016, resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 (Allegato n. 2). Possono infatti presentare manifestazione di interesse gli operatori economici, come definiti dall'art. 45 del D.Lgs 50/2016, iscritti al registro della camera di commercio ed in possesso dei requisiti di cui al citato art. 80 del D.Lgs 50/2016,.

Ai sensi dell'art. 15 della legge n. 183 del 12/11/2011, non sarà accettato alcun certificato da parte delle imprese, ma solamente dichiarazioni sostitutive di certificazione.

Non saranno ritenute valide manifestazioni di interesse incomplete o parziali.

Qualora l'operatore economico risultasse interessato a più oggetti ricompresi nell'elenco allegato al presente avviso dovrà presentare una manifestazione di interesse completa della relativa documentazione per ognuno degli oggetti di interesse.

La manifestazione di interesse ed i relativi allegati, sottoscritti in forma digitale, ovvero in forma tradizionale con allegata fotocopia del documento di identità del sottoscrittore, dovranno essere trasmessi entro e non oltre le ore \_\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_\_ al seguente indirizzo pec: [acquisti.segreteria@pec.policlinico.mo.it](mailto:acquisti.segreteria@pec.policlinico.mo.it)

Ai sensi del D.lgs. 196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni, si precisa che il trattamento dei dati personali sarà improntato a liceità e correttezza nella piena tutela dei diritti dei concorrenti e della loro riservatezza.

ALLEGATO N.3 – DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA REQUISITI DI PARTECIPAZIONE ED ASSENZA DI CAUSE DI ESCLUSIONE DI CUI ALL'ART. 80 DEL D.LGS. 50/2016, RESA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 445/2000

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
(\_) il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
in qualità di legale rappresentante dell'Operatore economico \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_,

- consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità
- a corredo della manifestazione di interesse all'Avviso di Consultazione preliminare di mercato ai sensi dell'art. 66 del D.Lgs 50/2016 per manifestazione di interesse per \_\_\_\_\_, pubblicato dalla Direzione operativa dell'Area Vasta Emilia Nord sul sito della stessa Area Vasta;

DICHIARA

- Che l'Operatore economico rientra tra le categorie di soggetti di cui all'art. 45 del D.Lgs 50/2016;
- Che l'Operatore economico è iscritto nel registro delle imprese di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_;
- Che l'Operatore economico possiede il codice fiscale \_\_\_\_\_ e numero di partita IVA \_\_\_\_\_;
- Che l'Operatore economico non si trova in alcuna delle situazioni di esclusione previste dall'art. 80 del D.Lgs 50/2016.

.....  
(data)

.....  
(firma)

ALLEGATO N.3 bis – DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA REQUISITI DI PARTECIPAZIONE ED ASSENZA DI CAUSE DI ESCLUSIONE DI CUI ALL'ART. 80 DEL D.LGS. 50/2016, RESA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL DPR 445/2000 (procedura aziendale)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
( ) il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ ( ), Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
in qualità di legale rappresentante dell'Operatore economico  
\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_ via  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_,

- consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del Testo unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria personale responsabilità
- a corredo della manifestazione di interesse all'Avviso di Consultazione preliminare di mercato ai sensi dell'art. 66 del D.Lgs 50/2016 per manifestazione di interesse per
- \_\_\_\_\_, pubblicato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena sul proprio sito istituzionale;

DICHIARA

- Che l'Operatore economico rientra tra le categorie di soggetti di cui all'art. 45 del D.Lgs 50/2016;
- Che l'Operatore economico è iscritto nel registro delle imprese di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_;
- Che l'Operatore economico possiede il codice fiscale \_\_\_\_\_ e numero di partita IVA \_\_\_\_\_;
- Che l'Operatore economico non si trova in alcuna delle situazioni di esclusione previste dall'art. 80 del D.Lgs 50/2016.

.....  
(data)

.....  
(firma)

ALLEGATO N.4 – DICHIARAZIONE RELATIVA AI SERVIZI DI MANUTENZIONE ED ASSISTENZA APPARECCHIATURE SANITARIE – DICHIARAZIONE DEL FORNITORE AUTORIZZATO ALLO SVOLGIMENTO DEI SERVIZI

Io Sottoscritto/a.....

nato/a .....Prov.....

il..... cod. fiscale.....

in qualità di LEGALE RAPPRESENTANTE della DITTA .....

con sede in.....Prov ..... CAP .....

Via.....

Consapevole delle sanzioni penali nelle quali incorro in caso di dichiarazione mendace ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000.

DICHIARA

che, per le apparecchiature/software \_\_\_\_\_ la presente la ditta/società è esclusivista sul territorio nazionale per l'erogazione dei servizi di assistenza tecnica e manutenzione ovvero: (barrare)

che la ditta/società possiede la documentazione tecnica aggiornata (manuali service, uso ... ecc) necessaria ad eseguire correttamente gli interventi tecnici di manutenzione preventiva, correttiva e migliorativa;

che la ditta/società possiede gli strumenti tecnici (hardware e software) necessari a garantire la buona riuscita degli interventi tecnici di manutenzione preventiva, correttiva e migliorativa;

che la ditta/società è in grado di fornire parti di ricambio originali e a potere effettuare aggiornamenti hardware e software anche in relazione ad avvisi di sicurezza del fabbricante;

si allega dichiarazione del fabbricante comprovante i precedenti punti

che la ditta/società ha a propria disposizione personale tecnico adeguatamente formato (anche dal fabbricante) ed aggiornato in grado di eseguire in maniera corretta ed adeguata gli interventi tecnici di manutenzione preventiva, correttiva e migliorativa;

.....

Data .....

In fede

ALLEGATO N.5 – DICHIARAZIONE RELATIVA AI SERVIZI DI MANUTENZIONE ED ASSISTENZA APPARECCHIATURE SANITARIE – DICHIARAZIONE DEL PRODUTTORE

Io Sottoscritto/a.....

nato/a .....Prov.....

il..... cod. fiscale.....

in qualità di LEGALE RAPPRESENTANTE della DITTA .....

con sede in.....Prov ..... CAP .....

Via.....

Consapevole delle sanzioni penali nelle quali incorro in caso di dichiarazione mendace ai sensi dell'art. 76 DPR 445/2000.

DICHIARA

che, per le apparecchiature \_\_\_\_\_ la presente ditta/società \_\_\_\_\_

è esclusivista sul territorio nazionale per l'erogazione dei servizi di assistenza tecnica e manutenzione e che: (barrare)

la ditta/società possiede la documentazione tecnica aggiornata (manuali service, uso ... ecc) necessaria ad eseguire correttamente gli interventi tecnici di manutenzione preventiva, correttiva e migliorativa;

la ditta/società possiede gli strumenti tecnici (hardware e software) necessari a garantire la buona riuscita degli interventi tecnici di manutenzione preventiva, correttiva e migliorativa;

la ditta/società è in grado di fornire parti di ricambio originali e a potere effettuare aggiornamenti hardware e software anche in relazione ad avvisi di sicurezza del fabbricante;

la ditta/società ha a propria disposizione personale tecnico adeguatamente formato ed aggiornato in grado di eseguire in maniera corretta ed adeguata gli interventi tecnici di manutenzione preventiva, correttiva e migliorativa;

.....

Data .....

In fede

ALLEGATO N.6 - DICHIARAZIONE RELATIVA AI SERVIZI DI MANUTENZIONE ED ASSISTENZA SOFTWARE –  
DICHIARAZIONE DEL FORNITORE AUTORIZZATO ALLO SVOLGIMENTO DEI SERVIZI

Io Sottoscritto/a.....

nato/a .....Prov.....

il..... cod. fiscale.....

in qualità di LEGALE RAPPRESENTANTE della DITTA .....

con sede in.....Prov ..... CAP .....

Via.....

Consapevole delle sanzioni penali nelle quali incorro in caso di dichiarazione mendace ai sensi dell'art.  
76 DPR 445/2000.

DICHIARA

che, la presente la ditta/società è autorizzata dal produttore e sviluppatore del software  
\_\_\_\_\_ allo svolgimento di servizi di assistenza tecnica e manutenzione

che la ditta/società possiede il codice sorgente del software stesso, gli strumenti necessari a garantire  
la buona riuscita degli interventi tecnici di manutenzione preventiva, correttiva e migliorativa;

si allega dichiarazione del fabbricante comprovante i precedenti punti

che la ditta/società ha a propria disposizione personale tecnico adeguatamente formato (anche dal  
fabbricante) ed aggiornato in grado di eseguire in maniera corretta ed adeguata gli interventi tecnici di  
manutenzione preventiva, correttiva e migliorativa;

.....

Data .....

In fede

ALLEGATO N.7 - DICHIARAZIONE RELATIVA AI SERVIZI DI MANUTENZIONE ED ASSISTENZA SOFTWARE –  
DICHIARAZIONE DEL PRODUTTORE

Io Sottoscritto/a.....

nato/a .....Prov.....

il..... cod. fiscale.....

in qualità di LEGALE RAPPRESENTANTE della DITTA .....

con sede in.....Prov ..... CAP .....

Via.....

Consapevole delle sanzioni penali nelle quali incorro in caso di dichiarazione mendace ai sensi dell'art.  
76 DPR 445/2000.

DICHIARA

che la ditta/società \_\_\_\_\_ è  
autorizzata dal produttore e sviluppatore del software \_\_\_\_\_ allo svolgimento di  
servizi di assistenza tecnica e manutenzione

che la ditta/società possiede il codice sorgente del software stesso, gli strumenti necessari a garantire  
la buona riuscita degli interventi tecnici di manutenzione preventiva, correttiva e migliorativa;

che la ditta/società ha a propria disposizione personale tecnico adeguatamente formato (anche dal  
fabbricante) ed aggiornato in grado di eseguire in maniera corretta ed adeguata gli interventi tecnici di  
manutenzione preventiva, correttiva e migliorativa;

.....

Data .....

In fede

ALLEGATO N. 8 – SCHEDA DI VALUTAZIONE

SCHEDA DI VALUTAZIONE RELATIVA A BENI/SERVIZI PROPOSTI PER FUNGIBILITA'

**AVVISO DI CONSULTAZIONE PRELIMINARE DI MERCATO N. \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_**

**OGGETTO**

MANIFESTAZIONI DI INTERESSE PERVENUTE E DOCUMENTAZIONE TRASMESSA


Il Sottoscritto \_\_\_\_\_

visto il materiale allegato alla/alle manifestazione/i di interesse ritengono che il bene/servizio proposto dalle ditte sopra indicate possa essere considerato, rispetto al bene/servizio oggetto dell'Avviso di consultazione di mercato

FUNGIBILE

NON FUNGIBILE

In quanto:

<p>(per quanto attiene ai <u>FARMACI</u>):</p>	<p><input type="checkbox"/> Non può essere considerato equivalente dal punto di vista clinico-terapeutico, ovvero con effetto terapeutico comparabile con il prodotto oggetto della consultazione di preliminare di mercato</p> <p><input type="checkbox"/> indicazione terapeutica per specifica patologia</p> <p><input type="checkbox"/> indicazione terapeutica per specifico caso clinico</p>
<p>(per quanto attiene ai <u>DISPOSITIVI MEDICI</u>):</p>	<p><input type="checkbox"/> Non possiede caratteristiche che garantiscono soluzioni equivalenti in termini di destinazione d'uso, prestazioni o requisiti funzionali con il prodotto oggetto della consultazione di preliminare di mercato</p> <p><input type="checkbox"/> indicazione terapeutica per specifica patologia</p> <p><input type="checkbox"/> indicazione terapeutica per specifico caso clinico</p> <p><input type="checkbox"/> Altre ragioni (specificare)</p> <hr/>
<p>(per quanto attiene ai <u>BENI DUREVOLI</u>):</p>	<p><input type="checkbox"/> Ragioni di natura tecnica correlate a specifiche indicazioni di natura e di destinazione d'uso diagnostica terapeutica e di risultato</p> <p><input type="checkbox"/> Ragioni di rinnovo parziale o ampliamento di forniture esistenti per cui l'impiego di altre apparecchiature simili comporta incompatibilità o difficoltà/rischi tecnici sproporzionati</p>

<p>(per quanto attiene al MATERIALE DI CONSUMO COLLEGATO ALL'UTILIZZO DEI BENI DUREVOLI)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Non risulta possibile l'utilizzo di prodotti pienamente compatibili (come definito dalle direttive europee di regolamentazione dei dispositivi medici) con le apparecchiature in dotazione;</li> <li><input type="checkbox"/> L'utilizzo di altri prodotti presenti sul mercato rappresenta un rischio per la sicurezza degli operatori e degli utenti;</li> <li><input type="checkbox"/> L'utilizzo di altri prodotti presenti sul mercato non garantisce una sufficiente qualità del risultato dal punto di vista diagnostico/terapeutico</li> <li><input type="checkbox"/> L'utilizzo di altri prodotti presenti sul mercato comporta costi aggiuntivi sproporzionati relativamente ai servizi di manutenzione ordinaria e straordinaria</li> </ul>
<p>(per quanto attiene ai SERVIZI DI MANUTENZIONE DELLE ATTREZZATURE SANITARIE)</p>	<p>L'affidamento di tali servizi ad operatori diversi dal produttore delle apparecchiature, o da altri soggetti da esso autorizzati o senza la disponibilità degli strumenti necessari per la manutenzione (manuali di manutenzione, strumenti dedicati, firmware, aggiornamento sw, ..),</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> rappresenta un rischio per la sicurezza degli operatori e degli utenti,</li> <li><input type="checkbox"/> non garantisce una sufficiente qualità del risultato dal punto di vista diagnostico/terapeutico</li> <li><input type="checkbox"/> non garantendo la piena funzionalità dell'apparecchiatura, comporta costi aggiuntivi connessi all'anticipata sostituzione della stessa .</li> </ul>
<p>(per quanto attiene ai SERVIZI DI MANUTENZIONE ED ASSISTENZA AL SOFTWARE)</p>	<p>l'affidamento di tali servizi ad operatori diversi dallo sviluppatore del software, o da altri soggetti da esso autorizzati e conseguentemente non in possesso del codice sorgente del software stesso,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> rappresenta un rischio per la funzionalità della procedura,</li> <li><input type="checkbox"/> non garantisce l'adeguamento o implementazione della stessa in relazione a subentranti necessità normative o organizzative</li> <li><input type="checkbox"/> risulta in tutto o in parte incompatibile con le dotazioni di Hardware, comportando costi di investimento aggiuntivi.</li> <li><input type="checkbox"/> Il software si configura come Dispositivo Medico, o è collegato a procedure di natura diagnostico/terapeutica, e l'affidamento di tali servizi ad operatori diversi dallo sviluppatore del software, o da altri soggetti da esso autorizzati e conseguentemente non in possesso del codice sorgente del software stesso, comporta rischi connessi alla sicurezza degli operatori e degli utenti ed alla qualità del risultato dal punto di vista diagnostico/terapeutico.</li> </ul>
<p>(per quanto attiene all'ACQUISIZIONE DI SOFTWARE)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> I costi, economici ed organizzativi, connessi alla sostituzione delle procedure gestite con il software in questione, risultano sproporzionati.</li> <li><input type="checkbox"/> Il software si configura come Dispositivo Medico, o è collegato a procedure di natura diagnostico/terapeutica, e non risulta pienamente compatibile con le apparecchiature che intervengono nel percorso diagnostico terapeutico,</li> <li><input type="checkbox"/> Il software si configura come Dispositivo Medico, o è collegato a procedure di natura diagnostico/terapeutica, e la sua sostituzione comporta rischi connessi alla sicurezza degli operatori e degli utenti ed alla qualità del risultato dal punto di vista diagnostico/terapeutico.</li> </ul>

Altre motivazioni

Eventuali allegati

--

DATA

Firmato