

U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi

Prot. 24679**del 27/08/2018**

Avviso esplorativo per acquisizione beni infungibili procedura negoziata telematica tramite MePA, senza previa pubblicazione del bando di gara

Il presente avviso esplorativo è finalizzato alla verifica dell'esistenza di ulteriori prodotti rispetto ai dispositivi conosciuti e di seguito indicati – aventi specifiche tecniche “equivalenti” a quelle sotto descritte

I. **PREMESSA:** il presente Avviso persegue gli obiettivi di cui all'art. 66, comma 1 del D.Lvo 50/2016 e smi. Le consultazioni preliminari di mercato sono volte a confermare l'esistenza dei presupposti che consentono ai sensi dell'art. 63, comma 1, D.Lgs 50/2016 e smi il ricorso alla procedura negoziata senza pubblicazione del bando ovvero individuare l'esistenza di soluzioni alternative.

II. **OGGETTO DELLA FORNITURA: DISPOSITIVI APPARECCHIATURE PER ANESTESIA G.E. CARESTATION 620**

III. **INDICAZIONI ED ESIGENZE FUNZIONALI E PRESTAZIONALI:** vedasi schede allegate

IV. **DESCRIZIONE DELLE CARATTERISTICHE TECNICHE:** vedasi schede allegate

V. **DENOMINAZIONE DEL PRODUTTORE:** vedasi schede allegate

Gli operatori economici che ritengano di produrre e/o commercializzare materiali/dispositivi aventi caratteristiche funzionalmente equivalenti, dovranno far pervenire entro il **10/09/2018 h. 12:00** all'indirizzo pec ao.sga@pec.hsangiovanni.roma.it le manifestazioni di interesse, debitamente firmate digitalmente dal titolare o rappresentante legale dell'Impresa indicando il numero di protocollo del presente avviso, l'oggetto “Manifestazione di interesse a partecipare alla procedura negoziata telematica sul MEPA per la “Fornitura di **DISPOSITIVI APPARECCHIATURE PER ANESTESIA G.E. CARESTATION 620**” - AVENDO CURA DI INDICARE IL PRODOTTO (come denominato nelle schede allegate) unitamente alla seguente documentazione :

- a) scheda tecnica del prodotto/dei prodotti in lingua italiana (o tradotta);
- b) Codice rilasciato dal fornitore, eventuale CND di appartenenza, eventuale numero attribuito dal repertorio dei dispositivi medici (se del caso);
- c) Dichiarazione attestante l'equivalenza prestazionale e cioè che le caratteristiche del materiale ottemperino in maniera equivalente alle esigenze di natura manutentiva per le quali è richiesta la fornitura (D.Lgs 50/2016, art. 68, c6), esplicitativa e dettagliata;
- d) Studi scientifici, tecnici o altro materiale, a corredo della ritenuta e dichiarata equivalenza funzionale.

Requisiti di partecipazione: ai fini della partecipazione alla procedura di gara in questione è richiesta:

- l'abilitazione al Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MEPA) di Consip Spa e, in particolare, l'iscrizione al Bando “Beni –Fornitura di BENI alle P.A.”;

- iscrizione alla Camera di Commercio, Industria, Artigianato ed Agricoltura per lo specifico settore di attività oggetto dell'appalto;
- assenza delle cause ostative alla partecipazione alle gare pubbliche di cui all'art. 80 del D.Lgs. n. 50/2016 e smi.

Per qualsiasi ulteriore informazione contattare la UOC Acquisizione di Beni e Servizi, tel. 0677053620, acquisizionebenieservizi@hsangiiovanni.roma.it.

F.TO Il Direttore ff della UOC
Acquisizione di Beni e Servizi
(Dr. Paolo Cavallari)

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 D.Lgs n. 196/2003 e smi, i dati personali conferiti dai candidati saranno trattati, anche con strumenti informatici, per le finalità e le modalità previste dal presente procedimento e per lo svolgimento dell'eventuale successivo rapporto contrattuale. Ad ogni modo ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 e smi si informa che:

- 1) il trattamento dei dati personali dei candidati è finalizzato unicamente all'individuazione di un operatore economico per l'eventuale successivo affidamento della fornitura;
- 2) il trattamento sarà effettuato dal personale degli uffici competenti nei limiti necessari a perseguire le sopra citate finalità, con modalità e strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati;
- 3) i dati potranno essere comunicati o portati a conoscenza dei Responsabili o incaricati o di dipendenti coinvolti a vario titolo nella fornitura da affidare;
- 4) all'operatore economico interessato sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs n. 196/2003;
- 5) eventuali informazioni e chiarimenti potranno essere richiesti al seguente indirizzo di posta [acquisizionebenieservizi@hsangiiovanni.roma .it](mailto:acquisizionebenieservizi@hsangiiovanni.roma.it).



SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI MEDICI DEDICATI AD APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI

(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)

Dipartimento o Struttura Complessa		UOSD RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	
Codice e descrizione Centro di costo		3101320900	
Dirigente	DOCT. [REDACTED]	Tel.	[REDACTED]
		Fax	[REDACTED]
Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto		€	

In Uso Innovazione Infungibile (*)

(*) Per prodotto infungibile si intende un bene o dispositivo medico, etc., che per la sua specifica identità non è sostituibile con un altro similare nello svolgimento di una determinata funzione.

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE

Il Sottoscritto Dr./Prof. _____ Dirigente Medico, dichiara sotto la propria responsabilità che il Prodotto qui descritto è infungibile in quanto specificamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione; al riguardo indicare:

- Denominazione del Macchinario CARESTATION 620 (G.E.)
- Modello G.E. CARESTATION 620
- Codice di Inventario aziendale 120069

Data 03/07/2018

TIMBRO E FIRMA DIRIGENTE MEDICO

.....
 Direttore U.O.S. di Radiologia Vascolare Interventistica
 Dott. [REDACTED]
 C.d.C. 3 [REDACTED]

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)

D-FEND PRO (CELLA PER CAPNOMETRIA)

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:

DISPOSITIVO MONOUSO PER CAPNOMETRIA

3. FINALITÀ D'USO:

ELEMENTO NON UOVO INDISPENSABILE PER CAPNOMETRIA

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

G.E.

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1

- Fabbisogno annuo 12

- Consumo medio mensile 1

URGENTE

6. CODICE DI PROCEDURA UTILIZZATO PER LA CODIFICA DEL RAD:

CAPO SALA Azienda Ospedaliera
C. O. San Giovanni Addolorata
I.O.s.D. Radiologia
COPR
CPSE R

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

DIRIGENTE MEDICO RICHIEDENTE
Azienda Ospedaliera
C.O. San Giovanni Addolorata
Dietore U

RESPONSABILE DEL DEPARTMENTO

Data

03/07/2018

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

- Stima del costo di acquisto € (+ IVA)

- Incidenza sul budget negoziato:

RESPONSABILE PROVVEDITORE

RESPONSABILE SC FARMACIA PER I
DISPOSITIVI BIOMEDICI E PRESIDI

Data



SCHEDA PRODOTTO PER DISPOSITIVI MEDICI DEDICATI AD APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI

(da compilarsi a cura del Dirigente dell'Unità Operativa richiedente)

Dipartimento o Struttura Complessa	UOSD RADIOLOGIA INTERVENTISTICA		
Codice e descrizione Centro di costo	311013201000		
Dirigente	Dott. [REDACTED]	Tel. [REDACTED]	Fax [REDACTED]
Budget concordato per la voce di spesa su cui grava l'acquisto	€		

In Uso Innovazione Infungibile (*)

(*) Per prodotto infungibile si intende un bene o dispositivo medico, etc..., che per la sua specifica identità non è sostituibile con un altro similare nello svolgimento di una determinata funzione.

DICHIARAZIONE DI INFUNGIBILITÀ E DI PRIVATIVA INDUSTRIALE

Il Sottoscritto Dr./Prof. _____ Dirigente Medico, dichiara sotto la propria responsabilità che il Prodotto qui descritto è infungibile in quanto specificamente dedicato al seguente macchinario o strumentazione, già in dotazione; al riguardo indicare:

- Denominazione del Macchinario APPARECCHIO ANESTESIA (C.E.)
- Modello G.E. CARESTATION 670
- Codice di Inventario aziendale 120069

Data, 03/07/2018

Azienda Ospedaliera
TIMBRO E FIRMA SARENTINI MEDICO
 Direttore U.O.a.D. Radiologia Vas
 Dott. C. [REDACTED]
 C.d.C. [REDACTED]

800 €
 8000

1. DENOMINAZIONE COMUNE ITALIANA DEL PRODOTTO (BENE O DISPOSITIVO MEDICO)
CAVO PER PULSOSSIMETRIA (NELLOR COMPATIBLE)
COD. 2021406-001

2. CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DISPOSITIVO E/O PRESIDIO:
CAVO PER PULSOSSIMETRIA

3. FINALITÀ D'USO:

CAVO PER PULSOSSIMETRIA (NEELCOR COMPATIBILE)

4. NOMINATIVI DITTE PRODUTTRICI e relativo codice del prodotto:

CAVO PULSOSSIMETRIA COD. 2021406-001

5. DATI DI CONSUMO:

- Numero di unità necessarie per una prestazione 1
- Fabbisogno annuo 10
- Consumo medio mensile 1

6. CODICE DI PROCEDURA UTILIZZATO PER LA CODIFICA DEL RAD:

Azienda Ospedaliera
CAPO S. GIOVANNI BATTISTA
U.O. S. Radiologia Vascolare Interventistica

DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE
STRUTTURA COMPLESSA

C.O. S. GIUSEPPE
DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE

RESPONSABILE DEL DIPARTIMENTO

Data:

Da compilarsi a cura del Provveditore

COSTI:

- Stima del costo di acquisto € _____ (+ IVA _____)
- Incidenza sul budget negoziato: _____

RESPONSABILE PROVVEDITORE

.....

RESPONSABILE SC FARMACIA PER I
DISPOSITIVI BIOMEDICI E PRESIDI

Data: