

ALLEGATO "A"

AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA1
AREA SERVIZI TECNICI E LOGISTICI
UOSD INGEGNERIA CLINICA
B.GO S. SPIRITO, 3

00193 ROMA

Il sottoscritto _____

In qualità di _____

Della Società _____

Con sede in _____ Prov. _____

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

A partecipare, ai sensi dell'art. 216, comma 9 del D.Lgs. n. 50/2016, alla procedura per l'acquisizione di n. 1 sistema di sterilizzazione a gas plasma per il trattamento dello strumentario chirurgico termolabile occorrente al Presidio Ospedaliero San Filippo Neri della ASL ROMA 1.

DICHIARA

Di presentare la propria candidatura come:

<input type="checkbox"/>	Singolo concorrente	Indicare nome e tipologia di società (S.p.A. S.r.l.)
<input type="checkbox"/>	RTI	Indicare nome e capogruppo e partecipanti
<input type="checkbox"/>	Altro	

Di indicare indirizzo e riferimenti per essere contattato per qualsiasi comunicazione nell'ambito della procedura:

Indirizzo	
Telefono/Fax	
e-mail/Pec	

ASL Roma 1
Borgo S. Spirito, 3
00193 Roma

t. +37 06 68352501
www.aslroma1.it
piva 13661291004

UOSD Ingegneria Clinica
Tel. 0633062758
fax 0633062780



– Di allegare alla presente domanda di partecipazione le schede tecniche dei produttori attestanti la compatibilità del processo di sterilizzazione del seguente strumentario:

- SONICISION - MEDTRONIC
- OTTICHE RIGIDE - STORZ
- OTTICHE SEMI RIGIDE - STORZ
- CAVI A FIBRE OTTICHE - STORZ
- ENDOSCOPI FLESSIBILI - STORZ
- RESETTORI - STORZ
- TELECAMERE - STORZ
- TIPCAM 3D - STORZ
- OTTICHE RIGIDE - OLYMPUS
- OTTICHE SEMI RIGIDE - OLYMPUS
- CAVI A FIBRE OTTICHE - OLYMPUS
- ENDOSCOPI FLESSIBILI - OLYMPUS
- RESETTORI - OLYMPUS
- TELECAMERE - OLYMPUS
- OTTURATORI - OLYMPUS
- VIDEOLAPAROSCOPIO 3D – OLYMPUS
- SONDE ECOGRAFICHE INTRAOPERATORIE – BK MEDICAL

Si specifica che non si accetteranno autodichiarazioni

Il sottoscritto acconsente all'invio di tutte le comunicazioni e le informazioni inerenti la selezione indicata all'indirizzo e-mail/pec di cui sopra.

Il sottoscritto acconsente, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., al trattamento dei propri dati per le finalità inerenti la procedura di cui trattasi.

Data

Firma e timbro

ASL Roma 1
Borgo S. Spirito 3
00193 Roma

tel. +39 06 68352501
www.aslroma1.it
fax +39 06 6791004

UOSD Endoscopia Clinica
Tel. 0633262118
Fax 0633262181

