



Azienda Sanitaria Universitaria Integrata TS

PROTGEN / GEN 0017857 - P
05/04/2017 1919

Class: DAGS-AB-1

Prot. n°



Responsabile del procedimento

dott. Giovanni Maria Coloni

estensore: dott.a Mariagabriella Lettieri

tel. 040/3995428 fax 040/3995447

mariagabriella.lettieri@asuits.sanita.fvg.it

**AVVISO ESPLORATIVO PER “SERVICE OMNICOMPRENSIVO DI UN SISTEMA DI
SPETTROMETRIA DI MASSA “MALDI-TOF” PER LA VALIDAZIONE DEL PROFILO
MUTAZIONALE DELLE NEOPLASIE E DELLE LESIONI PRENEOPLASCIFHE E FINALIZZATO
ALLA IDENTIFICAZIONE DI MUTAZIONE COLLEGATO ALLA FARMACO
GENETICA/RESISTENZA ED ALLA RISPOSTA AI TRATTAMENTI CHEMIOTERAPICI,
PROVVISTO DI METODICA DI BACK-UP (REAL TEIME SEQUENCING SYSTEM PER LA S.C.
ANATOMIA PATHOLOGICA DELLA AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI
TRIESTE”**

L’Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste intende procedere ad affidare il service omnicomprensivo di un sistema validato CE-IVD, comprendente un sistema di spettrometria di massa “MALDI-TOF”, per la valutazione del profilo mutazionale delle neoplasie e delle lesioni preneoplastiche e finalizzato alla identificazione di mutazioni collegate alla farmaco genetica/ resistenza ed alla risposta ai trattamenti chemioterapici, provvisto di metodica di back-up (real time sequencing sistem) per la S.C. Anatomia Patologica, ai sensi dell’art. 36 D.Leg.vo 50/16.

Il service avrà la durata di dodici mesi per un valore complessivo, necessariamente presunto, di € 98.000,00

Gli operatori economici interessati all'affidamento della fornitura sono invitati a far pervenire una dichiarazione di interesse sottoscritta con firma digitale corredata della documentazione sotto



ACCREDITED FOR ORGANIZATION BY
JOINT COMMISSION INTERNATIONAL

SC Logistica e Servizi Economici
Via Farneto n°3, 34142 Trieste - tel. 040/399 5440; fax 040/399 5447
e-mail: giuseppe.zanini@aots.sanita.fvg.it - www.aots.sanita.fvg.it

specificata che dovrà pervenire all'indirizzo: **asuits@certsanita.fvg.it** ed in copia in formato pdf all'acquisitore **mariagabriella.lettieri@asuits.sanita.fvg.it** **entro e non oltre il termine del 21/04/2017:**

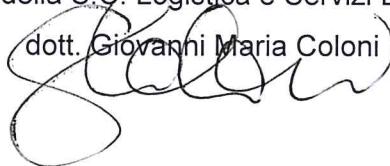
- eventuale dichiarazione d'esclusività dell'apparecchiatura o della metodica
- eventuale commercializzazione del prodotto sul MEPA ed il codice con cui viene commercializzato;
- presenza della ditta nel MEPA e la categoria in cui è iscritta.

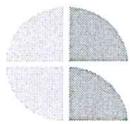
Per ulteriori informazioni in merito al presente avviso si può contattare la dott.ssa Mariagabriella Lettieri al numero 040/3995428 o 5442 (segreteria).

Le specifiche tecniche e i quantitativi costituenti il fabbisogno per il periodo di dodici mesi verranno comunicati successivamente in sede di negoziazione.

Il Direttore della S.C. Logistica e Servizi Economali

dott. Giovanni Maria Coloni





OSPEDALI RIUNITI DI TRIESTE

Servizio Sanitario Regionale
AZIENDA OSPEDALIERO – UNIVERSITARIA
Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione
(D.P.C.M. 8 aprile 1993)



FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

HOUSING PROBLEMS IN SOUTHERN ITALY
Ospedali per la Promozione della Salute
HPP - Una rete dell'OMS
Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia
SC Logistica e servizi economici

ALLEGATO 2 - SCHEDA FORNITORE

Ragione Sociale _____

Sede Amministrativa (indirizzo completo) _____

telefono _____ Fax _____

E-mail _____ N.ro iscrizione Registro delle Imprese _____

Codice fiscale _____ Partita IVA _____

Codice INPS _____ Codice INAIL _____

Legale Rappresentante _____

Indirizzo di Posta Certificata (PEC) _____

Indirizzo ove inviare gli ordini _____

INDIRIZZO MAIL DOVE INVIARE GLI ORDINI _____

telefono _____ Fax _____

E-mail _____

Agente di Zona _____

telefono _____ Fax _____

E-mail _____

Estremi del Conto corrente bancario dedicato a tale fornitura ex Lg. 136/10

Generalità e codice fiscale delle persone delegate ad operare sul/i conto/i corrente/i dedicato/i

Il Legale Rappresentante _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Testo unico della normativa sulla documentazione amministrativa, D.P.R. 28/12/2000 n° 445, art. 46)

Il/la sottoscritto/a

nato/a a (prov.) il

residente in (prov.)

via/piazza n°

nella qualifica di.....

**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;**

DICHIARA

che la ditta.....
con sede a.....

.....
P.I.V.A.e/ o codice fiscale.....

Codice d'attività.....

ed iscritta al Registro delle Imprese di.....

n.....dd.....

oggetto sociale:.....

.....
Nominativi della persona o delle persone autorizzate ad impegnare legalmente la ditta
.....

.....
Nominativi delle persone incaricate per l'eventuale firma del contratto
.....

.....
Indicazione degli estremi della registrazione da parte del Ministero della Sanità per gli articoli
la cui registrazione è prevista dalla vigente normativa nazionale e/o comunitaria ovvero
l'esplicita dichiarazione che i medesimi non sono soggetti a tale
formalità.....

.....
Indicazione della posizione commerciale rispetto ai prodotti offerti (produttore, rivenditore,
esclusivista, ecc.).....

Firma del dichiarante

Dichiarazione di conformità CE così come stabilito dalla Direttiva 93/42/CEE recepita con D.L.vo n. 46/97 e successive modificazioni.
Nominativo dell'Istituto certificatore.....
Data di conseguimento della certificazione.....
Certificato n.....

- Dichiarazione di conformità, ove previsto, alle norme vigenti in campo nazionale e/o comunitario per quanto attiene la sicurezza e le autorizzazioni alla produzione, all'importazione ed alla immissione in commercio (UNI, ecc.), nonché a quanto previsto, in ordine al confezionamento delle merci.
- Dichiara di non trovarsi in una delle condizioni di esclusione di cui al D.L.vo n. 50/16
- Dichiara di essere in regola con il pagamento dei contributi e delle retribuzioni dovute al proprio personale e a qualsiasi altra figura professionale, implicata nella fornitura/servizio con l'AOUTS
- Dichiara di accettare le condizioni specificate nel presente invito.
- Dichiara che l'offerta è valida 180 giorni dalla data di scadenza fissata per la presentazione delle offerte
- Dichiara che la durata della fornitura è di mesi dalla data di assegnazione della procedura d'acquisto in essere

Tutte le dichiarazioni si intendono rese ai sensi della L. 445/2000 ed i dati in essa contenuti trattati secondo il D.L.vo 196/03.
Resta inteso che per quanto non espressamente indicato nella presente lettera valgono i principi contenuti nella L.R. 49/96, nel Regolamento attuativo dell'art. 39 della citata legge di cui al DPGR 0232 del 23.6.98, nonché dalla L. Reg. 12/93

.....
(data)

.....
(firma del dichiarante)

(Allegare fotocopia del documento d'identità del dichiarante)