



Azienda Sanitaria Universitaria Integrata TS

**PROTGEN / GEN 0017857 - P**  
**05/04/2017 1979**  
**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](mailto:mariagabriella.lettieri@asuits.sanita.fvg.it)

**AVVISO ESPLORATIVO PER “SERVICE OMNICOMPRESIVO DI UN SISTEMA DI  
SPETTROMETRIA DI MASSA “MALDI-TOF” PER LA VALIDAZIONE DEL PROFILO  
MUTAZIONALE DELLE NEOPLASIE E DELLE LESIONI PRENEOPLASCICHE E FINALIZZATO  
ALLA IDENTIFICAZIONE DI MUTAZIONE COLLEGATO ALLA FARMACO  
GENETICA/RESISTENZA ED ALLA RISPOSTA AI TRATTAMENTI CHEMIOTERAPICI,  
PROVVISTO DI METODICA DI BACK-UP (REAL TIME SEQUENCING SYSTEM PER LA S.C.  
ANATOMIA PATOLOGICA DELL’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](mailto:giuseppe.zanini@aots.sanita.fvg.it) - [www.aots.sanita.fvg.it](http://www.aots.sanita.fvg.it)

specificata che dovrà pervenire all'indirizzo: **asuits@certsanita.fvg.it** ed in copia in formato pdf all'acquirente **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 Economici

dott. Giovanni Maria Coloni



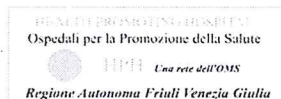


OSPEDALI RIUNITI DI TRIESTE

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



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.

☐ Dichiaro di non trovarsi in una delle condizioni di esclusione di cui al D.L.vo n. 50/16

☐ Dichiaro 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

☐ Dichiaro di accettare le condizioni specificate nel presente invito.

☐ Dichiaro che l'offerta è valida 180 giorni dalla data di scadenza fissata per la presentazione delle offerte

☐ Dichiaro 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)