

OFFERENTE:				
Codice	Caratteristiche Tecniche Minime PIASTRE PER ELETTROCHIRURGIA (COMPATIBILI VALLEYLAB) (i valori indicati sono da intendersi con un range di accettabilità del +/-10%)	Dichiarazione* requisito	Documentazione**	Pagina Doc.***
1	N. 33.000 PIASTRA BIPARTITA MONUSO ADULTI	\		
1.1	Marca	(indicare)		
1.2	Modello	(indicare)		
1.3	N° di repertorio	(indicare)		
1.4	N° CND	(indicare)		
1.5	Piastra bipartita monuso	(si/no)		
1.6	Latex free	(si/no)		
1.7	Per utilizzo con elettrobisturi dotati di controllo della continuità del circuito di ritorno	(si/no)		
1.8	Completa di cavo (lunghezza 4,5 m)	(si/no) valore		
1.9	Per adulti	(si/no)		
1.10	Confezione singola	(si/no)		
1.11	Compatibile con piattaforme Valleylab	(si/no) elencare		
1.12	Mesi di Garanzia, full risk-all included, offerti a titolo non oneroso, oltre al periodo minimo di 24 mesi stabilito nel Capitolato	(valore)		
1.13	Certificazioni a norma di legge	(si/no) elencare		
1.14	Marchatura CE	(si/no) elencare		
2	N. 1.500 PIASTRA BIPARTITA MONUSO PEDIATRICA (< kg 13)	\		
2.1	Marca	(indicare)		
2.2	Modello	(indicare)		
2.3	N° di repertorio	(indicare)		
2.4	N° CND	(indicare)		
2.5	Piastra bipartita monuso	(si/no)		
2.6	Latex free	(si/no)		
2.7	Per utilizzo con elettrobisturi dotati di controllo della continuità del circuito di ritorno	(si/no)		
2.8	Completa di cavo (lunghezza 3 m)	(si/no) valore		
2.9	Pediatrica per bambino di peso < 13 kg	(si/no)		
2.10	Confezione singola	(si/no)		
2.11	Compatibile con piattaforme Valleylab	(si/no) elencare		
2.12	Mesi di Garanzia, full risk-all included, offerti a titolo non oneroso, oltre al periodo minimo di 24 mesi stabilito nel Capitolato	(valore)		
2.13	Certificazioni a norma di legge	(si/no) elencare		
2.14	Marchatura CE	(si/no) elencare		
3	N. 300 PIASTRA BIPARTITA MONUSO PEDIATRICA (< kg 3)	\		
3.1	Marca	(indicare)		
3.2	Modello	(indicare)		
3.3	N° di repertorio	(indicare)		
3.4	N° CND	(indicare)		

3.5	Piastra bipartita monuso	(si/no)		
3.6	Latex free	(si/no)		
3.7	Per utilizzo con elettrobisturi dotati di controllo della continuità del circuito di ritorno	(si/no)		
3.8	Completa di cavo (lunghezza 2 m)	(si/no) valore		
3.9	Pediatrica per bambino di peso < 3 kg	(si/no)		
3.10	Confezione singola	(si/no)		
3.11	Compatibile con piattaforme Valleylab	(si/no) elencare		
3.12	Mesi di Garanzia, full risk-all included, offerti a titolo non oneroso, oltre al periodo minimo di 24 mesi stabilito nel Capitolato	(valore)		
3.13	Certificazioni a norma di legge	(si/no) elencare		
3.14	Marcatura CE	(si/no) elencare		
Campi da compilare				
* In questa colonna indicare se si possiede o meno il requisito minimo richiesto, oppure indicare il valore preciso del requisito di cui si è in possesso.				
** In questa colonna è indicato il documento/certificato/dichiarazione che l'OE partecipante dovrà presentare in gara ai fini della comprova del requisito				
*** Indicare la pagina della documentazione tecnica in cui riscontrare il possesso del requisito				

OFFERENTE:				
Codice	Caratteristiche Tecniche Minime PIASTRA PER ELETTROCHIRURGIA (COMPATIBILI ERBE) (i valori indicati sono da intendersi con un range di accettabilità del +/-10%)	Dichiarazione* requisito	Documentazione**	Pagina Doc.***
1	N. 33.000 PIASTRA BIPARTITA MONUSO ADULTI	\		
1.1	Marca	(indicare)		
1.2	Modello	(indicare)		
1.3	N° di repertorio	(indicare)		
1.4	N° CND	(indicare)		
1.5	Piastra bipartita monuso con anello equipotenziali	(si/no)		
1.6	Latex free	(si/no)		
1.7	Per utilizzo con elettrobisturi dotati di controllo della continuità del circuito di ritorno	(si/no)		
1.8	Completa di cavo	(si/no) valore		
1.9	Per adulti	(si/no)		
1.10	Confezione singola	(si/no)		
1.11	Compatibile con piattaforme Erbe	(si/no) elencare		
1.12	Mesi di Garanzia, full risk-all included, offerti a titolo non oneroso, oltre al periodo minimo di 24 mesi stabilito nel Capitolato	(valore)		
1.13	Certificazioni a norma di legge	(si/no) elencare		
1.14	Marcatura CE	(si/no) elencare		
2	N. 1.500 PIASTRA BIPARTITA MONUSO PEDIATRICA (< kg 13)	\		
2.1	Marca	(indicare)		
2.2	Modello	(indicare)		

2.3	N° di repertorio	(indicare)		
2.4	N° CND	(indicare)		
2.5	Piastra bipartita monuso con anello equipotenziali	(si/no)		
2.6	Latex free	(si/no)		
2.7	Per utilizzo con elettrobisturi dotati di controllo della continuità del circuito di ritorno	(si/no)		
2.8	Completa di cavo (lunghezza 3 m)	(si/no) valore		
2.9	Pediatrica per bambino di peso < 13 kg	(si/no)		
2.10	Confezione singola	(si/no)		
2.11	Compatibile con piattaforme Erbe	(si/no) elencare		
2.12	Mesi di Garanzia, full risk-all included, offerti a titolo non oneroso, oltre al periodo minimo di 24 mesi stabilito nel Capitolato	(valore)		
2.13	Certificazioni a norma di legge	(si/no) elencare		
2.14	Marchatura CE	(si/no) elencare		
Campi da compilare				
* In questa colonna indicare se si possiede o meno il requisito minimo richiesto, oppure indicare il valore preciso del requisito di cui si è in possesso.				
** In questa colonna è indicato il documento/certificato/dichiarazione che l'OE partecipante dovrà presentare in gara ai fini della comprova del requisito				
*** Indicare la pagina della documentazione tecnica in cui riscontrare il possesso del requisito				

OFFERENTE:				
Codice	Caratteristiche Tecniche Minime PIASTRA PER ELETTROCHIRURGIA (COMPATIBILI BOWA) (i valori indicati sono da intendersi con un range di accettabilità del +/-10%)	Dichiarazione* requisito	Documentazione**	Pagina Doc.***
1	N. 1.500 PIASTRA BIPARTITA MONUSO ADULTI	\		
1.1	Marca	(indicare)		
1.2	Modello	(indicare)		
1.3	N° di repertorio	(indicare)		
1.4	N° CND	(indicare)		
1.5	Piastra bipartita monuso con anello equipotenziali	(si/no)		
1.6	Latex free	(si/no)		
1.7	Per utilizzo con elettrobisturi dotati di controllo della continuità del circuito di ritorno	(si/no)		
1.8	Completa di cavo	(si/no) valore		
1.9	Per adulti	(si/no)		
1.10	Confezione singola	(si/no)		
1.11	Compatibile con piattaforme Erbe	(si/no) elencare		
1.12	Mesi di Garanzia, full risk-all included, offerti a titolo non oneroso, oltre al periodo minimo di 24 mesi stabilito nel Capitolato	(valore)		
1.13	Certificazioni a norma di legge	(si/no) elencare		
1.14	Marchatura CE	(si/no) elencare		
Campi da compilare				
* In questa colonna indicare se si possiede o meno il requisito minimo richiesto, oppure indicare il valore preciso del requisito di cui si è in possesso.				
** In questa colonna è indicato il documento/certificato/dichiarazione che l'OE partecipante dovrà presentare in gara ai fini della comprova del requisito				

*** Indicare la pagina della documentazione tecnica in cui riscontrare il possesso del requisito

OFFERENTE:				
Codice	Caratteristiche Tecniche Minime MANIPOLI PER ELETTROCHIRURGIA (i valori indicati sono da intendersi con un range di accettabilità del +/-10%)	Dichiarazione* requisito	Documentazione**	Pagina Doc.***
SUBLOTTO 1	N. 60.000 MANIPOLO CONTROLLO MANUALE - elettrodo a lama	\		
1.1	Marca	(indicare)		
1.2	Modello	(indicare)		
1.3	N° di repertorio	(indicare)		
1.4	N° CND	(indicare)		
1.5	Manipolo per elettrochirurgia monouso con controllo manuale	(si/no)		
1.6	Con due pulsanti per taglio e coagulo (CUT e COAG)	(si/no)		
1.7	Dotato di elettrodo a lama	(si/no)		
1.8	Completo di cavo (3 m) con attacco a tre pin	(si/no) valore		
1.9	Sterile	(si/no)		
1.10	Confezione singola	(si/no)		
1.11	Compatibile con la maggior parte delle piattaforme	(si/no) elencare		
1.12	Mesi di Garanzia, full risk-all included, offerti a titolo non oneroso, oltre al periodo minimo di 24 mesi stabilito nel Capitolato	(valore)		
1.13	Certificazioni a norma di legge	(si/no) elencare		
1.14	Marchatura CE	(si/no) elencare		
SUBLOTTO 2	N. 4.500 MANIPOLO CON INTERRUETTORE A PULSANTE	\		
2.1	Marca	(indicare)		
2.2	Modello	(indicare)		
2.3	N° di repertorio	(indicare)		
2.4	N° CND	(indicare)		
2.5	Manipolo per elettrochirurgia monouso con interruttore a pulsante	(si/no)		
2.6	Tre modalità di dissezione con possibilità di modificare potenza da campo sterile	(si/no)		
2.7	Elettrodo con lama in acciaio inossidabile	(si/no)		
2.8	Completo di cavo (3 m)	(si/no) valore		
2.9	Sterile	(si/no)		
2.10	Confezione singola	(si/no)		
2.11	Compatibile con la maggior parte delle piattaforme	(si/no) elencare		
2.12	Mesi di Garanzia, full risk-all included, offerti a titolo non oneroso, oltre al periodo minimo di 24 mesi stabilito nel Capitolato	(valore)		
2.13	Certificazioni a norma di legge	(si/no) elencare		
2.14	Marchatura CE	(si/no) elencare		
SUBLOTTO 3	N. 3.600 MANIPOLO CONTROLLO MANUALE - lama telescopica	\		
3.1	Marca	(indicare)		
3.2	Modello	(indicare)		
3.3	N° di repertorio	(indicare)		
3.4	N° CND	(indicare)		

3.5	Manipolo per elettrochirurgia monouso con controllo manuale	(si/no)		
3.6	Con due pulsanti per taglio e coagulo (CUT e COAG)	(si/no)		
3.7	Dotato di elettrodo a lama telescopica da posizione standard a 110 mm	(si/no) valore		
3.8	Completo di cavo (3 m)	(si/no) valore		
3.9	Sterile	(si/no)		
3.10	Confezione singola	(si/no)		
3.11	Compatibile con la maggior parte delle piattaforme	(si/no) elencare		
3.12	Mesi di Garanzia, full risk-all included, offerti a titolo non oneroso, oltre al periodo minimo di 24 mesi stabilito nel Capitolato	(valore)		
3.13	Certificazioni a norma di legge	(si/no) elencare		
3.14	Marcatura CE	(si/no) elencare		
Campi da compilare				
* In questa colonna indicare se si possiede o meno il requisito minimo richiesto, oppure indicare il valore preciso del requisito di cui si è in possesso.				
** In questa colonna è indicato il documento/certificato/dichiarazione che l'OE partecipante dovrà presentare in gara ai fini della prova del requisito				
*** Indicare la pagina della documentazione tecnica in cui riscontrare il possesso del requisito				

OFFERENTE:				
Codice	Caratteristiche Tecniche Minime ELETTRDI PER ELETTROCHIRURGIA (i valori indicati sono da intendersi con un range di accettabilità del +/-10%)	Dichiarazione* requisito	Documentazione**	Pagina Doc.***
1	N. 12.000 ELETTRODO PUNTA A AGO	\		
1.1	Marca	(indicare)		
1.2	Modello	(indicare)		
1.3	N° di repertorio	(indicare)		
1.4	N° CND	(indicare)		
1.5	Elettrodo attivo ad alta qualità monouso	(si/no)		
1.6	In acciaio inossidabile a punta ad ago	(si/no)		
1.7	Lunghezza punta minimo 7 cm	(valore)		
1.8	Gambo innesto standard con diametro 2,4 mm	(si/no) valore		
1.9	Sterile	(si/no)		
1.10	Confezione singola	(si/no)		
1.11	Compatibile con la maggior parte delle piattaforme	(si/no) elencare		
1.12	Mesi di Garanzia, full risk-all included, offerti a titolo non oneroso, oltre al periodo minimo di 24 mesi stabilito nel Capitolato	(valore)		
1.13	Certificazioni a norma di legge	(si/no) elencare		
1.14	Marcatura CE	(si/no) elencare		
2	N. 9.000 ELETTRODO PUNTA PIATTA	\		
1.1	Marca	(indicare)		
1.2	Modello	(indicare)		
1.3	N° di repertorio	(indicare)		
1.4	N° CND	(indicare)		
1.5	Elettrodo attivo ad alta qualità monouso	(si/no)		

1.6	In acciaio inossidabile a punta piatta	(si/no)		
1.7	Punta piatta ad azione antiescara	(si/no)		
1.8	Lunghezza punta minimo 15 cm	(si/no)		
1.9	Gambo innesto standard con diametro 2,4 mm	(si/no)		
1.10	Stelo isolato lungo tutta la sua lunghezza, tranne per la porzione attiva	(si/no)		
1.11	Sterile	(si/no)		
1.12	Confezione singola	(si/no)		
1.13	Compatibile con la maggior parte delle piattaforme	(si/no) elencare		
1.14	Mesi di Garanzia, full risk-all included, offerti a titolo non oneroso, oltre al periodo minimo di 24 mesi stabilito nel Capitolato	(valore)		
1.15	Certificazioni a norma di legge	(si/no) elencare		
1.16	Marchatura CE	(si/no) elencare		
Campi da compilare				
* In questa colonna indicare se si possiede o meno il requisito minimo richiesto, oppure indicare il valore preciso del requisito di cui si è in possesso.				
** In questa colonna è indicato il documento/certificato/dichiarazione che l'OE partecipante dovrà presentare in gara ai fini della comprova del requisito				
*** Indicare la pagina della documentazione tecnica in cui riscontrare il possesso del requisito				

OFFERENTE:				
Codice	Caratteristiche Tecniche Minime PINZE BIPOLARI LAPAROTOMICHE (i valori indicati sono da intendersi con un range di accettabilità del +/-10%)	Dichiarazione* requisito	Documentazione**	Pagina Doc.***
1	N. 6.000 PINZA BIPOLARE (15 e 19 cm) punta da 1 mm	\		
1.1	Marca	(indicare)		
1.2	Modello	(indicare)		
1.3	N° di repertorio	(indicare)		
1.4	N° CND	(indicare)		
1.5	Pinza bipolare monouso lunghezza 15 e 19 cm, con punta da 1 mm	(si/no)		
1.6	Completa di cavo	(si/no)		
1.7	Compatibile con la maggior parte delle piattaforme	(si/no) elencare		
1.8	Mesi di Garanzia, full risk-all included, offerti a titolo non oneroso, oltre al periodo minimo di 24 mesi stabilito nel Capitolato	(valore)		
1.9	Certificazioni a norma di legge	(si/no) elencare		
1.10	Marchatura CE	(si/no) elencare		
2	N. 6.000 PINZA BIPOLARE (19 e 22 cm) punta da 2 mm	\		
2.1	Marca	(indicare)		
2.2	Modello	(indicare)		
2.3	N° di repertorio	(indicare)		
2.4	N° CND	(indicare)		
2.5	Pinza bipolare monouso lunghezza 19 e 22 cm, con punta da 2 mm	(si/no)		
2.6	Completa di cavo	(si/no)		
2.7	Compatibile con la maggior parte delle piattaforme	(si/no) elencare		

2.8	Mesi di Garanzia, full risk-all included, offerti a titolo non oneroso, oltre al periodo minimo di 24 mesi stabilito nel Capitolato	(valore)		
2.9	Certificazioni a norma di legge	(si/no) elencare		
2.10	Marcatura CE	(si/no) elencare		
Campi da compilare				
* In questa colonna indicare se si possiede o meno il requisito minimo richiesto, oppure indicare il valore preciso del requisito di cui si è in possesso.				
** In questa colonna è indicato il documento/certificato/dichiarazione che l'OE partecipante dovrà presentare in gara ai fini della comprova del requisito				
*** Indicare la pagina della documentazione tecnica in cui riscontrare il possesso del requisito				