Allegato 1. Relazione tecnica

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_) il\_\_\_\_\_\_\_\_residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_),Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_, in qualità di legale rappresentante/soggetto titolare di poteri di firma dell’operatore economico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

ai fini della partecipazione alla RdO/TD n. …………. per l’acquisto di………………………………………………………………………………………………………………..…. CIG………………………….

DICHIARA quanto segue::

Articolo offerto:

Modello…………………………………….. Marca………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **Caratteristiche tecniche** | **Descrizione** |
| Ciascun monitor medicale deve rispondere alle seguenti caratteristiche a pena di esclusione: | |
| - destinato ad esser collegato a telecamere full HD o 4K utilizzate in sala operatoria; |  |
| - monitor medicale per bioimmagini adatto all'utilizzo in sala operatoria (conforme almeno alle norme tecniche CEI EN 60601-1 e CEI EN 60601-1-2); |  |
| - monitor ad alto contrasto, ampia gamma di colori e ridotto riflesso visto l’utilizzo in sala operatoria; |  |
| - dotato di attacco VESA 100 per poter esser installato in sala operatoria. In particolare due (02) monitor andranno a sostituire i monitor attualmente installati sul braccio delle scialitiche (sala operatoria nr. 03 e 04 del Blocco Operatorio) e un (01) monitor andrà a sostituire il monitor installato sul pianale superiore della colonna video dedicata all’endourologia (sala operatoria n.11 del Blocco Operatorio); |  |
| - risoluzione adeguata per visualizzare sia immagini acquisite da telecamere Full HD (per garantire la compatibilità con queste telecamere il monitor deve supportare una risoluzione di 1920 x 1080 pixel) sia per visualizzare immagini acquisite da telecamere 4K (per garantire la compatibilità con queste telecamere il monitor deve supportare una risoluzione di 3840 x 2160 pixel); |  |
| - formato immagine minimo di 16:9; |  |
| - deve consentire la visualizzazione simultanea di due immagini; |  |
| - dimensione massima di 32” (indicare in Relazione Tecnica dimensioni e peso); |  |
| - peso massimo di 10 Kg (portata massima del braccio del corpo scialitico presente in sala operatoria); |  |
| - preferibilmente dotato di schermo touchscreen: in tal caso deve esser idoneo anche all’utilizzo con guanti; |  |
| - fornito completo di alimentatore (in sala 03 e 04 il braccio del corpo scialitico ad oggi è già cablato con un cavo di alimentazione a 220V quindi si richiede un alimentatore adeguato all’installazione del monitor); |  |
| - deve consentire la possibilità di alimentare eventuali convertitori del segnale video in arrivo tramite la fibra ottica cablata in sala operatoria (ad esempio: alimentazione tramite i pin dell’ingresso DVI); |  |
| - dotato di un numero adeguato di ingressi video full HD e 4K (almeno: 2 x DVI, 2 x DisplayPort e 1 x 12G-SDI); |  |
| - dotato almeno di un’uscita video DVI; |  |
| - preferibilmente dotato di 1 porta Ethernet (LAN); |  |
| - preferibilmente privo di ventola visto l’utilizzo in sala operatoria; |  |
| - facilmente sanificabile: caratterizzato da superfici piatte (senza bordi) e ad una scocca ermetica con un adeguato grado IP di protezione dalla penetrazione di polvere e liquidi (almeno IPx2). Indicare in relazione tecnica la modalità di sanificazione. |  |
| Fornitura completa di: | |
| * Ciascun monitor medicale dovrà esser fornito completo di tutti gli accessori, supporti (es: supporto per in-stallare il monitor sul pianale superiore della colonna video presente in sala operatoria di Urologia) e moduli (HW e SW) per un corretto e sicuro utilizzo del dispositivo medico. |  |
| Descrizione del **servizio di assistenza tecnica** nel periodo di garanzia (dati identificativi del centro di assistenza tecnica, modalità di gestione degli interventi, tempi d’intervento e di risoluzione, …) e delle attività offerte in accordo con il piano di manutenzione preventiva definito dal fabbricante; |  |
| Numero di iscrizione (**RDM**) alla Banca Dati dei Dispositivi Medici del Ministero della Salute e dei relativi accessori o materiale di consumo inclusi in offerta |  |
| Numero e data di scadenza del **Certificato CE** del dispositivo diagnostico e dei relativi accessori |  |
| Durata di vita garantita (almeno 10 anni) |  |
| Codici CER per lo smaltimenti |  |

(data) ……………………

(firma)1

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1(dichiarazione da firmare digitalmente da parte del legale rappresentante o persona munita dei poteri di firma)