



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

PRESIDENTZIA
PRESIDENZA

Direzione generale della Centrale regionale di committenza
Servizio spesa sanitaria

POR – FESR 2014 – 2020 - ASSE VII “Promozione dell’inclusione sociale, lotta alla povertà e ad ogni forma di discriminazione” AZIONE 9.3.8 "Finanziamento investimenti per la riorganizzazione e il potenziamento dei servizi territoriali sociosanitari, di assistenza primaria e sanitari non ospedalieri, compresa la implementazione di nuove tecnologie per la telemedicina, la riorganizzazione della rete del welfare d’accesso e lo sviluppo di reti tra servizi e risorse del territorio per favorire la non istituzionalizzazione della cura”

Procedura aperta in urgenza, per la fornitura di dispositivi medici, dispositivi di protezione individuale e guanti destinati alle Aziende sanitarie della Regione Autonoma della Sardegna nell’ambito dell’emergenza COVID19 – 2^a edizione

ID gara n. 7971192

CUP E79C20000150006

Allegato 9 - Questionario tecnico

Direzione generale della Centrale regionale di committenza
Servizio spesa sanitaria

Il sottoscritto

nome e cognome **Michele Cortigiano** data di nascita: **06/04/1986** luogo di nascita: **Bari (BA)** codice fiscale: **CRTMHL86D06A662T**

domiciliato per la carica presso la sede sociale appresso indicata

In qualità di:

☐ ~~Presidente~~

☒ Amministratore Unico

☐ ~~Procuratore~~

☐ ~~altro (specificare)~~

e legale rappresentante della

ragione sociale Dream Distribution S.r.l. con sede in: Bari (BA) alla Via Nicolò Putignani, 152, codice fiscale: 08055610722 partita IVA: 08055610722 telefono: +393891349019 fax: +393891349019 e-mail: amministrazione@dreamdistribution.it PEC dreamdistributionsrl@pec.it

ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenente dati non più corrispondenti a verità e consapevole, altresì, che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione la scrivente Impresa decadrà dai benefici per i quali la stessa è rilasciata, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di partecipare alla gara in qualità di:

☒ impresa singola

☐ ~~consorzio stabile~~

☐ ~~consorzio tra imprese artigiane~~

☐ ~~consorzio tra società cooperative di produzione e lavoro~~

Procedura aperta in urgenza, per la fornitura di dispositivi medici, dispositivi di protezione individuale e guanti destinati alle Aziende sanitarie della Regione Autonoma della Sardegna nell'ambito dell'emergenza COVID19 - 2ª edizione

Allegato 9 - Questionario tecnico

Pagina 2 di 4

Direzione generale della Centrale regionale di committenza
Servizio spesa sanitaria

☐ ~~GEIE~~

☐ ~~capogruppo del RTI/consorzio ordinario di concorrenti costituito da (compilare i successivi campi capogruppo e mandante)~~

☐ ~~mandante del RTI/consorzio ordinario di concorrenti costituito da (compilare i successivi campi capogruppo e mandante)~~

~~_____ (capogruppo) _____~~

~~_____ (mandante) _____~~

~~_____ (mandante) _____~~

~~_____ (mandante) _____~~

**IN ORDINE AL PRODOTTO OFFERTO DICHIARA ED ATTESTA SOTTO LA PROPRIA
RESPONSABILITÀ QUANTO SEGUE:**

Nome prodotto CUFFIA COPRICAPO IN TNT 551717, codice art. 551717

☒ presenta la seguente Scheda riepilogativa dell'offerta tecnica per il Lotto n. 13;

☒ dichiara che i prodotti offerti sono conformi, a pena di esclusione, ai requisiti indicati nel Capitolato tecnico ed alla normativa vigente.

NB (il presente documento deve essere firmato digitalmente)

Procedura aperta in urgenza, per la fornitura di dispositivi medici, dispositivi di protezione individuale e guanti destinati alle Aziende sanitarie della Regione Autonoma della Sardegna nell'ambito dell'emergenza COVID19 – 2ª edizione

Allegato 9 – Questionario tecnico

Pagina 3 di 4

Direzione generale della Centrale regionale di committenza
Servizio spesa sanitaria

Lotto 13 - Cuffie copricapo non sterile Requisiti minimi richiesti a pena di esclusione	Presenza requisito richiesto		Indicare le pagine di riferimento nella scheda tecnica
	SI	NO	
Essere fornito in taglia unica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Essere facilmente adattabile e idoneo a contenere anche folte capigliature	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1, 2
Essere realizzato in materiale traspirante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1, 2
Assicurare una adeguata e costante tenuta senza causare irritazioni	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1, 2
Essere fornito in colori antiriflesso	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1, 2
Essere dotato di elastico circolare e facilmente adattabile	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1, 2
Essere dotato di cuciture resistenti alla trazione e agli strappi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1, 2
Avere grammatura non inferiore a 17 g/mq	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Possedere il marchio CE ai sensi del D.Lgs. 24 febbraio 1997 n. 46 (DM di Classe I), di recepimento della Direttiva CEE/93/42 e conformità alle norme UNI EN di riferimento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3, 4
Essere confezionato in dispenser	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1

Procedura aperta in urgenza, per la fornitura di dispositivi medici, dispositivi di protezione individuale e guanti destinati alle Aziende sanitarie della Regione Autonoma della Sardegna nell'ambito dell'emergenza COVID19 - 2ª edizione

Allegato 9 - Questionario tecnico

Pagina 4 di 4