

R.A. FRIULI VENEZIA GIULIA

ARCS – AZIENDA REGIONALE
DI COORDINAMENTO PER LA
SALUTE

SEDE LEGALE: Udine - Via Pozzuolo 330

Centralino: +39 0432/1438010

Fax: +39 0432/1438011

C.F./P.IVA 02948180308

PEC: arcs@certsanita.fvg.it

S.C. PROVVEDITORATO CENTRALIZZATO

Oggetto: PC19INV0015 – Avviso esplorativo per manifestazione di interesse per la fornitura di un “Dispositivo per imaging digitale ad ampio campo” per le esigenze della Soc Clinica di oculistica dell’Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (ASUIUD).

ART. 1 – OBIETTIVI

L’obiettivo è quello di effettuare una apposita indagine di mercato (ai sensi dell’art. 66 c.1 D.Lgs n.50/2016 e s.m.i.) al fine di individuare gli operatori economici in grado di fornire un dispositivo per imaging digitale ad ampio campo per le esigenze della Soc Clinica di Oculistica del presidio Ospedaliero “Santa Maria della Misericordia” di Udine afferente all’Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine (ASUIUD).

ART. 2 – OGGETTO, CONFIGURAZIONE E REQUISITI ESSENZIALI DELLA FORNITURA

La fornitura comprende:

- Sistema digitale a grande campo destinato alla prevenzione, diagnosi e follow-up di patologie oculari in età neonatale e pediatrica, con particolare riferimento alla retinopatia della prematurità (ROP);
- in grado di acquisire immagini/video del segmento anteriore e del fondo oculare;
- dota di camera portatile con ottica ad alta risoluzione e grandangolare da 130°;
- completo di modulo acquisizione di immagini con tecniche di fluoroangiografia;
- dotato di carrello di trasporto con PC, monitor e stampante;
- pedaliera comandi;
- software di acquisizione, elaborazione, memorizzazione di immagini/video di patologie del segmento anteriore e vitreo retiniche a scopo clinico, medico-legale e scientifico/didattico;
- possibilità di esportazione delle immagini acquisite in Formato DICOM e secondo i più comuni algoritmi di compressione delle immagini;
- marcature CE ai sensi della Direttiva 93/42/CE e s.m.i
- garanzia full risk non inferiore a 24 mesi.

ART. 3 – REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

struttura competente: Provveditorato Centralizzato

responsabile del procedimento: Michele Bregant +39 0432 1438210, michele.bregant@arcs.sanita.fvg.it

referente della comunicazione: Daniela Mattiussi +39 0432 1438222, daniela.mattiussi@arcs.sanita.fvg.it

Potranno presentare manifestazione di interesse i soggetti in possesso dei seguenti requisiti:

- a) operatore economico abilitato ad operare sul MEPA (Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione) per la categoria merceologica di riferimento BANDO BENI (Forniture specifiche per la Sanità);
- b) assenza di cause di esclusione di cui all'art. 80 del D.lgs.50/2016
- c) possesso di ampie e qualificate referenze riferite al settore

ART. 4 – TERMINI E MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE MANIFESTAZIONI DI INTERESSE

Gli operatori economici interessati dovranno far pervenire entro il giorno **28 Marzo 2019** la propria manifestazione di interesse all'ARCS tramite posta elettronica certificata all'indirizzo PEC: arcs@certsanita.fvg.it, inviando la seguente documentazione:

- 1) istanza di manifestazione di interesse sottoscritta dal legale rappresentante della società corredata da copia fotostatica di un documento di identità o di riconoscimento in corso di validità del firmatario*
- 2) dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. 445/2000 del legale rappresentante dell'operatore corredata da idonea documentazione atta a provare la carica e poteri di firma del sottoscrittore con la quale si attesti:
 - il possesso dei requisiti previsti dall'art. 80 D.Lgs. n.50/2016 e s.m.i. (assenza cause esclusione);
 - l'iscrizione al MEPA con attivazione del bando /beni (Forniture specifiche per la sanità)
 - documentazione tecnica, schede tecniche/relazione utile a verificare la rispondenza del prodotto ai requisiti richiesti, con particolare riferimento a ciascuna delle voci elencate;
 - copia del certificato CE rilasciato da un Organismo Notificato e/o Dichiarazione di conformità redatta dal fabbricante legale che identifichi in maniera inequivocabile la rispondenza del prodotto, incluso il modulo per fluoroangiografia, alla Direttiva 93/42/CE e s.m.i.;
 - elenco riportante le strutture presso le quali sono state installate apparecchiature analoghe a quelle richieste dal presente avviso.

*(in caso di associazione di impresa e consorzio ordinario, raggruppamento temporaneo d'impresa (RTI) ciascuna agenzia associata/consorziata deve essere in possesso dei requisiti sopra indicati, laddove svolga servizi per la cui normativa vigente prescrive le previste autorizzazioni);

La documentazione dovrà pervenire entro il termine indicato da presente avviso. Il termine per il ricevimento delle manifestazioni di interesse è inderogabile (a pena di esclusione). Le istanze pervenute oltre il termine indicato non saranno ammesse.

ART. 5 – CONDIZIONI GENERALI

*struttura competente: Provveditorato Centralizzato
responsabile del procedimento: Michele Bregant +39 0432 1438210, michele.bregant@arcs.sanita.fvg.it
referente della comunicazione: Daniela Mattiussi +39 0432 1438222, daniela.mattiussi@arcs.sanita.fvg.it*

Con il presente avviso non è posta in essere alcuna gara d'appalto ad evidenza pubblica, ma esclusivamente un'indagine volta ad individuare gli operatori economici in possesso dei requisiti richiesti.

In caso di avvio della procedura ARCS provvederà ad adottare i conseguenti atti ai sensi di quanto disposto dal Decreto Legislativo n.50/2016, avvalendosi dello strumento MEPA, messo a disposizione da Consip S.p.a. attraverso il portale www.acquistinretepa.it.

ARCS si riserva la facoltà di sospendere e/o revocare l'indagine ovvero non dar corso ad alcun successivo atto nel caso venga meno l'interesse ad attivare l'iniziativa in argomento, pertanto nessun rapporto giuridico, diritto o interessi si verranno a costituire a seguito della presentazione della manifestazione di interesse.

ART. 6 – ESCLUSIONI

Non verranno prese in considerazione le manifestazioni di interesse presentate da soggetti che:

- 1) non siano abilitati al MEPA e allo specifico al Bando indicato
- 2) siano incorsi in una qualunque causa di esclusione di cui all'art. 80 del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i.;
- 3) non risultino in possesso dei requisiti prescritti dal presente avviso;
- 4) presentino incertezza assoluta sul contenuto o sulla provenienza della manifestazione di interesse.

ART. 7 - TUTELA DELLA PRIVACY e dati sensibili

Ai sensi del regolamento (UE) 2016/679 si informa che i dati forniti e raccolti in occasione del presente procedimento saranno utilizzati esclusivamente in funzione e per i fini dello stesso nel rispetto dei limiti stabiliti dalla Legge.

ART. 8 – PUBBLICITA'

Il presente avviso viene pubblicato:
sul profilo del committente: www.arcs.sanita.fvg.it –sezione Bandi e gare
sul quotidiano on line Aste e Appalti Pubblici

Eventuali informazioni potranno essere richieste all'indirizzo mail: provvecentr-serv-inv@arcs.sanita.fvg.it

Il Dirigente delegato
Michele Bregant
Firmato digitalmente

Spett.le
ARCS
PEC: arcs@certasanita.fvg.it

AVVISO ESPLORATIVO PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA FORNITURA DI UN DISPOSITIVO PER IMAGING DIGITALE AD AMPIO CAMPO PER LE ESIGENZE DELLA SOC CLINICA DI OCULISTICA DELL'AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA INTEGRATA DI UDINE (ASUIUD) - PC19INV015.

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
e residente a _____
in via _____ n. _____
in qualità di _____
(Titolare, rappresentante legale, procuratore, ecc.)
della Ditta/Società _____

sotto la sua personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e dall'art. n. 496 c.p.

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE A PARTECIPARE ALLA PROCEDURA PER LA FORNITURA DI UN DISPOSITIVO IMAGING DIGITALE AD AMPIO CAMPO PER LE ESIGENZE DELLA SOC CLINICA DI OCULISTICA DELL'ASUIUD

A tal fine dichiara:

1. Che la Ditta _____ CODICE FISCALE/PARTITA IVA _____ è in grado di garantire la fornitura di cui all'oggetto del presente avviso;
2. Che la Ditta è iscritta al MEPA con attivazione per il bando BENI/ Forniture specifiche per la sanità /
3. L'assenza delle cause di esclusione di cui all'art. 80 del d.lgs. 50/2016 e s.m.i.;

Si allega "scheda fornitore"

Data _____

Firma _____

SI ALLEGA COPIA FOTOSTATICA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3, comma 10, Legge 15.05.1997 n. 127.

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 14 tab.B) D.P.R. 642/197.

struttura competente: Provveditorato Centralizzato

responsabile del procedimento: Michele Bregant +39 0432 1438210, michele.bregant@arcs.sanita.fvg.it

referente della comunicazione: Daniela Mattiussi +39 0432 1438222, daniela.mattiussi@arcs.sanita.fvg.it

SCHEDA FORNITORE - ARCS

RAGIONE SOCIALE: _____

CODICE FISCALE: _____ PARTITA IVA: _____

SEDE LEGALE

INDIRIZZO: _____ CITTÁ: _____ CAP: _____

N° TEL: _____ N. Fax: _____ email: _____

PEC: _____

N. ISCRIZIONE REGISTRO IMPRESE E SEDE: _____

CCNL APPLICATO: _____

SEDE AMMINISTRATIVA (se diversa da sede legale)

INDIRIZZO: _____ CITTÁ: _____ CAP: _____

N° TEL: _____ N. Fax: _____ email: _____

PEC: _____

SEDE OPERATIVA (se diversa da sede amministrativa)

INDIRIZZO: _____ CITTÁ: _____ CAP: _____

N° TEL: _____ N. Fax: _____ Pec: _____

PER COMUNICAZIONI O INOLTRO ATTI DI GARA

Indicare il domicilio eletto per le comunicazioni:

POSTA CERTIFICATA (PEC) _____

INDIRIZZO:

TEL: _____

N. Fax: _____

REFERENTE UFFICIO GARE: _____

N° TEL: _____ N. Fax: _____

REFERENTE DI ZONA (EVENTUALE): _____

N° TEL: _____ N. Fax: _____

PER COMUNICAZIONI O INOLTRO ORDINI

REFERENTE UFFICIO ORDINI: _____

INDIRIZZO: _____ CITTÁ: _____ CAP: _____

N° TEL: _____ N. Fax: _____ email: _____

email per INOLTRO AVVISI DI PAGAMENTO: _____

DATA

timbro e firma
di un legale rappresentante o procuratore