

# Allegato D

## *Elenco Centri di riferimento per visita commissione*

Di seguito si elencano le strutture pubbliche o private (Italiane o Europee) in cui la Ditta:

Dichiara di avere installato e in uso clinico analoghi sistemi di Radiologia Digitale diretta offerta in gara, da proporre alla commissione tecnica di valutazione delle offerte per il sopralluogo/dimostrazione d'uso dei sistemi.

<b>CENTRO 1</b>	<b>RISPOSTA DITTA</b>
Denominazione e indirizzo Struttura Ospedaliera	
Tipologia: Pubblica o Privata	
Unità Operativa:	
Referente Medico Radiologo per sopralluogo: Nome Cognome, ruolo, nr telefonico e contatto Mail	
SISTEMA DI RADIOLOGIA DIGITALE DIRETTA (presenza in uso clinico <u>vincolante</u> per il sopralluogo) Anno di installazione	

<b>CENTRO 2</b>	<b>RISPOSTA DITTA</b>
Denominazione e indirizzo Struttura Ospedaliera	
Tipologia: Pubblica o Privata	
Unità Operativa:	
Referente Medico Radiologo per sopralluogo: Nome Cognome, ruolo, nr telefonico e contatto Mail	
SISTEMA DI RADIOLOGIA DIGITALE DIRETTA (presenza in uso clinico <u>vincolante</u> per il sopralluogo) Anno di installazione	

Nel caso vengano indicati più centri di riferimento la commissione tecnica avrà la facoltà di indicare per la visita per sopralluogo e dimostrazione il centro che ritiene maggiormente significativo per gli obiettivi della fornitura.

Tutti i costi relativi alla trasferta ed eventuale vitto e alloggio per i membri della commissione tecnica sono a carico della ditta.

**(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE  
RAPPRESENTANTE DELL DITTA  
FORNITRICE)**

---