SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

S.A.M.
Settore Beni Sanitari

SCHEDA INFORMATIVA DELL'ARTICOLO OFFERTO
(compilare una scheda per ogni articolo offerto)

LOTTO 1 - COLLARI CERVICALI

LOTTO 1.1 - COLLARE BIVALVE TIPO PHILADELFIA

1	Denominazione del FABBRICANTE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione.		
2	Nome commerciale e modello attribuito dal FABBRICANTE		
3	Codice prodotto attribuito dal FABBRICANTE		
4	Denominazione del FORNITORE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione,se diverso dal FABBRICANTE		
5	Nome commerciale e modello attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE		
6	Codice prodotto attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE		
7	Confezione minima di vendita (Si intende la confezione minima o multipli di essa ordinabile)		
8	Identificazione dell'articolo: descrizione, dimensioni, volume ecc.		
9	Istruzioni e precauzioni di utilizzo se del caso, eventuali rischi ed interazioni correlati all'uso, limitazioni e controindicazioni di utilizzo, ove previsti		
10	Descrizione dei materiali costituenti l'articolo. **Specificare se latex free.**		
11	monouso ☐	pluriuso ☐	
12	Confezionamento (tipologia) e condizioni specifiche di conservazione e manipolazione, ove previste		
13	Presenza del codice a barre sul confezionamento di distribuzione		
14	Classe di appartenenza secondo le direttive comunitarie sui dispositivi medici (se esistente)		
15	Destinazione d'uso attribuita dal Fabbricante secondo certificazione CE		
16	Copia della certificazione CE, con data di rilascio, sua validità e tipologia di D.M.		
17	Codice del dispositivo secondo la CND (se esistente)		
18	N° identificativo di iscrizione nel repertorio dei dispositivi medici (se esistente)		
19	Categoria di appartenenza del dispositivo secondo la Circolare della Conferenza Stato Regioni n. 81/CSR del 07/05/2015 (Tipo 1 per Dispositivi Singoli - Tipo 2 per Dispositivi Assemblati o Kit) (se esistente)		Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐

Verifica requisiti richiesti:

A	Indicare le misure/taglie disponibili	

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE)

_____

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

S.A.M.
Settore Beni Sanitari

SCHEDA INFORMATIVA DELL'ARTICOLO OFFERTO
(compilare una scheda per ogni articolo offerto)

LOTTO 1 - COLLARI CERVICALI

LOTTO 1.2 - COLLARE CERVICALE IN SCHIUMA POLIURETANICA IN ROTOLO

1	Denominazione del FABBRICANTE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione.		
2	Nome commerciale e modello attribuito dal FABBRICANTE		
3	Codice prodotto attribuito dal FABBRICANTE		
4	Denominazione del FORNITORE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione,se diverso dal FABBRICANTE		
5	Nome commerciale e modello attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE		
6	Codice prodotto attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE		
7	Confezione minima di vendita (Si intende la confezione minima o multipli di essa ordinabile)		
8	Identificazione dell'articolo: descrizione, dimensioni, volume ecc.		
9	Istruzioni e precauzioni di utilizzo se del caso, eventuali rischi ed interazioni correlati all'uso, limitazioni e controindicazioni di utilizzo, ove previsti		
10	Descrizione dei materiali costituenti l'articolo. **Specificare se latex free.**		
11	monouso ☐	pluriuso ☐	
12	Confezionamento (tipologia) e condizioni specifiche di conservazione e manipolazione, ove previste		
13	Presenza del codice a barre sul confezionamento di distribuzione		
14	Classe di appartenenza secondo le direttive comunitarie sui dispositivi medici (se esistente)		
15	Destinazione d'uso attribuita dal Fabbricante secondo certificazione CE		
16	Copia della certificazione CE, con data di rilascio, sua validità e tipologia di D.M.		
17	Codice del dispositivo secondo la CND (se esistente)		
18	N° identificativo di iscrizione nel repertorio dei dispositivi medici (se esistente)		
19	Categoria di appartenenza del dispositivo secondo la Circolare della Conferenza Stato Regioni n. 81/CSR del 07/05/2015 (se esistente) (Tipo 1 per Dispositivi Singoli - Tipo 2 per Dispositivi Assemblati o Kit)		Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐

Verifica requisiti richiesti:

A	Indicare le altezze disponibili	cm 7 ☐ cm 9 ☐ cm 11 ☐ cm 13 ☐ cm ….. ☐

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE)

_____

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

S.A.M.
Settore Beni Sanitari

SCHEDA INFORMATIVA DELL'ARTICOLO OFFERTO
(compilare una scheda per ogni articolo offerto)

LOTTO 1 - COLLARI CERVICALI

LOTTO 1.3 - COLLARE SOFFICE IN SPUGNA

1	Denominazione del FABBRICANTE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione.		
2	Nome commerciale e modello attribuito dal FABBRICANTE		
3	Codice prodotto attribuito dal FABBRICANTE		
4	Denominazione del FORNITORE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione,se diverso dal FABBRICANTE		
5	Nome commerciale e modello attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE		
6	Codice prodotto attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE		
7	Confezione minima di vendita (Si intende la confezione minima o multipli di essa ordinabile)		
8	Identificazione dell'articolo: descrizione, dimensioni, volume ecc.		
9	Istruzioni e precauzioni di utilizzo se del caso, eventuali rischi ed interazioni correlati all'uso, limitazioni e controindicazioni di utilizzo, ove previsti		
10	Descrizione dei materiali costituenti l'articolo. **Specificare se latex free.**		
11	monouso ☐	pluriuso ☐	
12	Confezionamento (tipologia) e condizioni specifiche di conservazione e manipolazione, ove previste		
13	Presenza del codice a barre sul confezionamento di distribuzione		
14	Classe di appartenenza secondo le direttive comunitarie sui dispositivi medici (se esistente)		
15	Destinazione d'uso attribuita dal Fabbricante secondo certificazione CE		
16	Copia della certificazione CE, con data di rilascio, sua validità e tipologia di D.M.		
17	Codice del dispositivo secondo la CND (se esistente)		
18	N° identificativo di iscrizione nel repertorio dei dispositivi medici (se esistente)		
19	Categoria di appartenenza del dispositivo secondo la Circolare della Conferenza Stato Regioni n. 81/CSR del 07/05/2015 (Tipo 1 per Dispositivi Singoli - Tipo 2 per Dispositivi Assemblati o Kit) (se esistente)		Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐

Verifica requisiti richiesti:

A	Indicare le misure/taglie disponibili	

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE)

_____

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

S.A.M.
Settore Beni Sanitari

SCHEDA INFORMATIVA DELL'ARTICOLO OFFERTO
(compilare una scheda per ogni articolo offerto)

LOTTO 1 - COLLARI CERVICALI

LOTTO 1.4 - COLLARE DI SCHANZ

1	Denominazione del FABBRICANTE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione.		
2	Nome commerciale e modello attribuito dal FABBRICANTE		
3	Codice prodotto attribuito dal FABBRICANTE		
4	Denominazione del FORNITORE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione,se diverso dal FABBRICANTE		
5	Nome commerciale e modello attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE		
6	Codice prodotto attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE		
7	Confezione minima di vendita (Si intende la confezione minima o multipli di essa ordinabile)		
8	Identificazione dell'articolo: descrizione, dimensioni, volume ecc.		
9	Istruzioni e precauzioni di utilizzo se del caso, eventuali rischi ed interazioni correlati all'uso, limitazioni e controindicazioni di utilizzo, ove previsti		
10	Descrizione dei materiali costituenti l'articolo. **Specificare se latex free.**		
11	monouso ☐	pluriuso ☐	
12	Confezionamento (tipologia) e condizioni specifiche di conservazione e manipolazione, ove previste		
13	Presenza del codice a barre sul confezionamento di distribuzione		
14	Classe di appartenenza secondo le direttive comunitarie sui dispositivi medici (se esistente)		
15	Destinazione d'uso attribuita dal Fabbricante secondo certificazione CE		
16	Copia della certificazione CE, con data di rilascio, sua validità e tipologia di D.M.		
17	Codice del dispositivo secondo la CND (se esistente)		
18	N° identificativo di iscrizione nel repertorio dei dispositivi medici (se esistente)		
19	Categoria di appartenenza del dispositivo secondo la Circolare della Conferenza Stato Regioni n. 81/CSR del 07/05/2015 (Tipo 1 per Dispositivi Singoli - Tipo 2 per Dispositivi Assemblati o Kit) (se esistente)		Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐

Verifica requisiti richiesti:

A	Indicare le misure/taglie disponibili	

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE)

_____

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

S.A.M.
Settore Beni Sanitari

SCHEDA INFORMATIVA DELL'ARTICOLO OFFERTO
(compilare una scheda per ogni articolo offerto)

LOTTO 2 - COLLARI CERVICALI TIPO PERFECT ACE

LOTTO 2.1 - ADULTI

1	Denominazione del FABBRICANTE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione.		
2	Nome commerciale e modello attribuito dal FABBRICANTE		
3	Codice prodotto attribuito dal FABBRICANTE		
4	Denominazione del FORNITORE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione,se diverso dal FABBRICANTE		
5	Nome commerciale e modello attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE		
6	Codice prodotto attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE		
7	Confezione minima di vendita (Si intende la confezione minima o multipli di essa ordinabile)		
8	Identificazione dell'articolo: descrizione, dimensioni, volume ecc.		
9	Istruzioni e precauzioni di utilizzo se del caso, eventuali rischi ed interazioni correlati all'uso, limitazioni e controindicazioni di utilizzo, ove previsti		
10	Descrizione dei materiali costituenti l'articolo.		
11	monouso ☐	pluriuso ☐	
12	Confezionamento (tipologia) e condizioni specifiche di conservazione e manipolazione, ove previste		
13	Presenza del codice a barre sul confezionamento di distribuzione		
14	Classe di appartenenza secondo le direttive comunitarie sui dispositivi medici (se esistente)		
15	Destinazione d'uso attribuita dal Fabbricante secondo certificazione CE		
16	Copia della certificazione CE, con data di rilascio, sua validità e tipologia di D.M.		
17	Codice del dispositivo secondo la CND (se esistente)		
18	N° identificativo di iscrizione nel repertorio dei dispositivi medici (se esistente)		
19	Categoria di appartenenza del dispositivo secondo la Circolare della Conferenza Stato Regioni n. 81/CSR del 07/05/2015 (Tipo 1 per Dispositivi Singoli - Tipo 2 per Dispositivi Assemblati o Kit) (se esistente)		Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐

Verifica requisiti richiesti:

A	Multimisura regolabile	SI ☐ NO ☐
B	Numero di posizioni	
C	Privo di lattice	SI ☐ NO ☐
D	Atossico	SI ☐ NO ☐
E	Ipoallergenico	SI ☐ NO ☐
F	Ampio foro tracheale	SI ☐ NO ☐
G	Resistente all'acqua	SI ☐ NO ☐
H	Radiotrasparente	SI ☐ NO ☐
I	Compatibile con TAC e RM	SI ☐ NO ☐

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE)

_____

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

S.A.M.
Settore Beni Sanitari

SCHEDA INFORMATIVA DELL'ARTICOLO OFFERTO
(compilare una scheda per ogni articolo offerto)

LOTTO 2 - COLLARI CERVICALI TIPO PERFECT ACE

LOTTO 2.2 - PEDIATRICI

1	Denominazione del FABBRICANTE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione.		
2	Nome commerciale e modello attribuito dal FABBRICANTE		
3	Codice prodotto attribuito dal FABBRICANTE		
4	Denominazione del FORNITORE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione,se diverso dal FABBRICANTE		
5	Nome commerciale e modello attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE		
6	Codice prodotto attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE		
7	Confezione minima di vendita (Si intende la confezione minima o multipli di essa ordinabile)		
8	Identificazione dell'articolo: descrizione, dimensioni, volume ecc.		
9	Istruzioni e precauzioni di utilizzo se del caso, eventuali rischi ed interazioni correlati all'uso, limitazioni e controindicazioni di utilizzo, ove previsti		
10	Descrizione dei materiali costituenti l'articolo.		
11	monouso ☐	pluriuso ☐	
12	Confezionamento (tipologia) e condizioni specifiche di conservazione e manipolazione, ove previste		
13	Presenza del codice a barre sul confezionamento di distribuzione		
14	Classe di appartenenza secondo le direttive comunitarie sui dispositivi medici (se esistente)		
15	Destinazione d'uso attribuita dal Fabbricante secondo certificazione CE		
16	Copia della certificazione CE, con data di rilascio, sua validità e tipologia di D.M.		
17	Codice del dispositivo secondo la CND (se esistente)		
18	N° identificativo di iscrizione nel repertorio dei dispositivi medici (se esistente)		
19	Categoria di appartenenza del dispositivo secondo la Circolare della Conferenza Stato Regioni n. 81/CSR del 07/05/2015 (Tipo 1 per Dispositivi Singoli - Tipo 2 per Dispositivi Assemblati o Kit) (se esistente)		Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐

Verifica requisiti richiesti:

A	Multimisura regolabile	SI ☐ NO ☐
B	Numero di posizioni	
C	Privo di lattice	SI ☐ NO ☐
D	Atossico	SI ☐ NO ☐
E	Ipoallergenico	SI ☐ NO ☐
F	Ampio foro tracheale	SI ☐ NO ☐
G	Resistente all'acqua	SI ☐ NO ☐
H	Radiotrasparente	SI ☐ NO ☐
I	Compatibile con TAC e RM	SI ☐ NO ☐

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE)

_____

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

S.A.M.
Settore Beni Sanitari

SCHEDA INFORMATIVA DELL'ARTICOLO OFFERTO
(compilare una scheda per ogni articolo offerto)

LOTTO 3 - STECCHE PER IMMOBILIZZAZIONE DITA

LOTTO 3.1 - STECCA IN ALLUMINIO SENZA IMBOTTITURA

1	Denominazione del FABBRICANTE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione.	
2	Nome commerciale e modello attribuito dal FABBRICANTE	
3	Codice prodotto attribuito dal FABBRICANTE	
4	Denominazione del FORNITORE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione,se diverso dal FABBRICANTE	
5	Nome commerciale e modello attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE	
6	Codice prodotto attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE	
7	Confezione minima di vendita (Si intende la confezione minima o multipli di essa ordinabile)	
8	Identificazione dell'articolo: descrizione, dimensioni, volume ecc.	
9	Istruzioni e precauzioni di utilizzo se del caso, eventuali rischi ed interazioni correlati all'uso, limitazioni e controindicazioni di utilizzo, ove previsti	
10	Descrizione dei materiali costituenti l'articolo. **Specificare se latex free.**	
11	monouso ☐ / pluriuso ☐	
12	Confezionamento (tipologia) e condizioni specifiche di conservazione e manipolazione, ove previste	
13	Presenza del codice a barre sul confezionamento di distribuzione	
14	Classe di appartenenza secondo le direttive comunitarie sui dispositivi medici (se esistente)	
15	Destinazione d'uso attribuita dal Fabbricante secondo certificazione CE	
16	Copia della certificazione CE, con data di rilascio, sua validità e tipologia di D.M.	
17	Codice del dispositivo secondo la CND (se esistente)	
18	N° identificativo di iscrizione nel repertorio dei dispositivi medici (se esistente)	
19	Categoria di appartenenza del dispositivo secondo la Circolare della Conferenza Stato Regioni n. 81/CSR del 07/05/2015 (se esistente) (Tipo 1 per Dispositivi Singoli - Tipo 2 per Dispositivi Assemblati o Kit)	Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐

Verifica requisiti richiesti:

A	Indicare le larghezze disponibili	cm 1,5 ☐ cm 1,9 ☐ cm 2,4 ☐ cm …. ☐
B	Spessore	

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE)

_____

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna
S.A.M.
Settore Beni Sanitari

SCHEDA INFORMATIVA DELL'ARTICOLO OFFERTO
(compilare una scheda per ogni articolo offerto)

LOTTO 3 - STECCHE PER IMMOBILIZZAZIONE DITA

LOTTO 3.2 - STECCA IN ALLUMINIO CON IMBOTTITURA (TIPO ZIMMER)

1	Denominazione del FABBRICANTE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione.	
2	Nome commerciale e modello attribuito dal FABBRICANTE	
3	Codice prodotto attribuito dal FABBRICANTE	
4	Denominazione del FORNITORE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione,se diverso dal FABBRICANTE	
5	Nome commerciale e modello attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE	
6	Codice prodotto attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE	
7	Confezione minima di vendita (Si intende la confezione minima o multipli di essa ordinabile)	
8	Identificazione dell'articolo: descrizione, dimensioni, volume ecc.	
9	Istruzioni e precauzioni di utilizzo se del caso, eventuali rischi ed interazioni correlati all'uso, limitazioni e controindicazioni di utilizzo, ove previsti	
10	Descrizione dei materiali costituenti l'articolo. **Specificare se latex free.**	
11	monouso ☐ / pluriuso ☐	
12	Confezionamento (tipologia) e condizioni specifiche di conservazione e manipolazione, ove previste	
13	Presenza del codice a barre sul confezionamento di distribuzione	
14	Classe di appartenenza secondo le direttive comunitarie sui dispositivi medici (se esistente)	
15	Destinazione d'uso attribuita dal Fabbricante secondo certificazione CE	
16	Copia della certificazione CE, con data di rilascio, sua validità e tipologia di D.M.	
17	Codice del dispositivo secondo la CND (se esistente)	
18	N° identificativo di iscrizione nel repertorio dei dispositivi medici (se esistente)	
19	Categoria di appartenenza del dispositivo secondo la Circolare della Conferenza Stato Regioni n. 81/CSR del 07/05/2015 (se esistente) (Tipo 1 per Dispositivi Singoli - Tipo 2 per Dispositivi Assemblati o Kit)	Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐

Verifica requisiti richiesti:

A	Indicare le larghezze disponibili	cm 1,5 ☐ cm 1,9 ☐ cm 2,4 ☐ cm …. ☐
B	Spessore	
C	Imbottitura latex free	SI ☐ NO ☐
D	Imbottitura antibatterica	SI ☐ NO ☐
E	Bordi stecca smussati	SI ☐ NO ☐

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE)

_____

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

S.A.M.
Settore Beni Sanitari

SCHEDA INFORMATIVA DELL'ARTICOLO OFFERTO
(compilare una scheda per ogni articolo offerto)

LOTTO 3 - STECCHE PER IMMOBILIZZAZIONE DITA

LOTTO 3.3 - IMMOBILIZZATORI A CAMPANA

1	Denominazione del FABBRICANTE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione.		
2	Nome commerciale e modello attribuito dal FABBRICANTE		
3	Codice prodotto attribuito dal FABBRICANTE		
4	Denominazione del FORNITORE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione,se diverso dal FABBRICANTE		
5	Nome commerciale e modello attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE		
6	Codice prodotto attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE		
7	Confezione minima di vendita (Si intende la confezione minima o multipli di essa ordinabile)		
8	Identificazione dell'articolo: descrizione, dimensioni, volume ecc.		
9	Istruzioni e precauzioni di utilizzo se del caso, eventuali rischi ed interazioni correlati all'uso, limitazioni e controindicazioni di utilizzo, ove previsti		
10	Descrizione dei materiali costituenti l'articolo. **Specificare se latex free.**		
11	monouso ☐	pluriuso ☐	
12	Confezionamento (tipologia) e condizioni specifiche di conservazione e manipolazione, ove previste		
13	Presenza del codice a barre sul confezionamento di distribuzione		
14	Classe di appartenenza secondo le direttive comunitarie sui dispositivi medici (se esistente)		
15	Destinazione d'uso attribuita dal Fabbricante secondo certificazione CE		
16	Copia della certificazione CE, con data di rilascio, sua validità e tipologia di D.M.		
17	Codice del dispositivo secondo la CND (se esistente)		
18	N° identificativo di iscrizione nel repertorio dei dispositivi medici (se esistente)		
19	Categoria di appartenenza del dispositivo secondo la Circolare della Conferenza Stato Regioni n. 81/CSR del 07/05/2015 (se esistente) (Tipo 1 per Dispositivi Singoli - Tipo 2 per Dispositivi Assemblati o Kit)		Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐

Verifica requisiti richiesti:

A	Indicare le misure disponibili	
B	Imbottitura latex free	SI ☐ NO ☐
C	Imbottitura antibatterica	SI ☐ NO ☐

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE)

_____

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

S.A.M.
Settore Beni Sanitari

SCHEDA INFORMATIVA DELL'ARTICOLO OFFERTO
(compilare una scheda per ogni articolo offerto)

LOTTO 3 - STECCHE PER IMMOBILIZZAZIONE DITA

LOTTO 3.4 - IMMOBILIZZATORI TIPO BASEBALL

1	Denominazione del FABBRICANTE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione.		
2	Nome commerciale e modello attribuito dal FABBRICANTE		
3	Codice prodotto attribuito dal FABBRICANTE		
4	Denominazione del FORNITORE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione,se diverso dal FABBRICANTE		
5	Nome commerciale e modello attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE		
6	Codice prodotto attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE		
7	Confezione minima di vendita (Si intende la confezione minima o multipli di essa ordinabile)		
8	Identificazione dell'articolo: descrizione, dimensioni, volume ecc.		
9	Istruzioni e precauzioni di utilizzo se del caso, eventuali rischi ed interazioni correlati all'uso, limitazioni e controindicazioni di utilizzo, ove previsti		
10	Descrizione dei materiali costituenti l'articolo. **Specificare se latex free.**		
11	monouso ☐	pluriuso ☐	
12	Confezionamento (tipologia) e condizioni specifiche di conservazione e manipolazione, ove previste		
13	Presenza del codice a barre sul confezionamento di distribuzione		
14	Classe di appartenenza secondo le direttive comunitarie sui dispositivi medici (se esistente)		
15	Destinazione d'uso attribuita dal Fabbricante secondo certificazione CE		
16	Copia della certificazione CE, con data di rilascio, sua validità e tipologia di D.M.		
17	Codice del dispositivo secondo la CND (se esistente)		
18	N° identificativo di iscrizione nel repertorio dei dispositivi medici (se esistente)		
19	Categoria di appartenenza del dispositivo secondo la Circolare della Conferenza Stato Regioni n. 81/CSR del 07/05/2015 (se esistente) (Tipo 1 per Dispositivi Singoli - Tipo 2 per Dispositivi Assemblati o Kit)		Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐

Verifica requisiti richiesti:

A	Indicare le misure disponibili	
B	Imbottitura latex free	SI ☐ NO ☐
C	Imbottitura antibatterica	SI ☐ NO ☐

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE)

_____

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

S.A.M.
Settore Beni Sanitari

SCHEDA INFORMATIVA DELL'ARTICOLO OFFERTO
(compilare una scheda per ogni articolo offerto)

LOTTO 3 - STECCHE PER IMMOBILIZZAZIONE DITA

LOTTO 3.5 - SPLINT PRE-FORMATI

1	Denominazione del FABBRICANTE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione.		
2	Nome commerciale e modello attribuito dal FABBRICANTE		
3	Codice prodotto attribuito dal FABBRICANTE		
4	Denominazione del FORNITORE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione,se diverso dal FABBRICANTE		
5	Nome commerciale e modello attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE		
6	Codice prodotto attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE		
7	Confezione minima di vendita (Si intende la confezione minima o multipli di essa ordinabile)		
8	Identificazione dell'articolo: descrizione, dimensioni, volume ecc.		
9	Istruzioni e precauzioni di utilizzo se del caso, eventuali rischi ed interazioni correlati all'uso, limitazioni e controindicazioni di utilizzo, ove previsti		
10	Descrizione dei materiali costituenti l'articolo. **Specificare se latex free.**		
11	monouso ☐	pluriuso ☐	
12	Confezionamento (tipologia) e condizioni specifiche di conservazione e manipolazione, ove previste		
13	Presenza del codice a barre sul confezionamento di distribuzione		
14	Classe di appartenenza secondo le direttive comunitarie sui dispositivi medici (se esistente)		
15	Destinazione d'uso attribuita dal Fabbricante secondo certificazione CE		
16	Copia della certificazione CE, con data di rilascio, sua validità e tipologia di D.M.		
17	Codice del dispositivo secondo la CND (se esistente)		
18	N° identificativo di iscrizione nel repertorio dei dispositivi medici (se esistente)		
19	Categoria di appartenenza del dispositivo secondo la Circolare della Conferenza Stato Regioni n. 81/CSR del 07/05/2015 (se esistente) (Tipo 1 per Dispositivi Singoli - Tipo 2 per Dispositivi Assemblati o Kit)		Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐

Verifica requisiti richiesti:

A	Latex free	SI ☐ NO ☐
B	Indicare le misure disponibili	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 5,5 ☐ 6 ☐ 7 ☐

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE)

_____

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

S.A.M.
Settore Beni Sanitari

SCHEDA INFORMATIVA DELL'ARTICOLO OFFERTO
(compilare una scheda per ogni articolo offerto)

LOTTO 4 - POLSIERA CON VELCRO DESTRA E SINISTRA

1	Denominazione del FABBRICANTE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione.		
2	Nome commerciale e modello attribuito dal FABBRICANTE		
3	Codice prodotto attribuito dal FABBRICANTE		
4	Denominazione del FORNITORE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione,se diverso dal FABBRICANTE		
5	Nome commerciale e modello attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE		
6	Codice prodotto attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE		
7	Confezione minima di vendita (Si intende la confezione minima o multipli di essa ordinabile)		
8	Identificazione dell'articolo: descrizione, dimensioni, volume ecc.		
9	Istruzioni e precauzioni di utilizzo se del caso, eventuali rischi ed interazioni correlati all'uso, limitazioni e controindicazioni di utilizzo, ove previsti		
10	Descrizione dei materiali costituenti l'articolo. **Specificare se latex free.**		
11	monouso ☐	pluriuso ☐	
12	Confezionamento (tipologia) e condizioni specifiche di conservazione e manipolazione, ove previste		
13	Presenza del codice a barre sul confezionamento di distribuzione		
14	Classe di appartenenza secondo le direttive comunitarie sui dispositivi medici (se esistente)		
15	Destinazione d'uso attribuita dal Fabbricante secondo certificazione CE		
16	Copia della certificazione CE, con data di rilascio, sua validità e tipologia di D.M.		
17	Codice del dispositivo secondo la CND (se esistente)		
18	N° identificativo di iscrizione nel repertorio dei dispositivi medici (se esistente)		
19	Categoria di appartenenza del dispositivo secondo la Circolare della Conferenza Stato Regioni n. 81/CSR del 07/05/2015 (se esistente) (Tipo 1 per Dispositivi Singoli - Tipo 2 per Dispositivi Assemblati o Kit)		Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐

Verifica requisiti richiesti:

A	Indicare le misure per adulti disponibili	
B	Indicare le misure pediatriche disponibili	

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE)

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

S.A.M.
Settore Beni Sanitari

SCHEDA INFORMATIVA DELL'ARTICOLO OFFERTO
(compilare una scheda per ogni articolo offerto)

LOTTO 5 - GINOCCHIERA IN STOFFA IMBOTTITA CON STECCHE

LOTTO 5.1 - TIPO DE LUX

1	Denominazione del FABBRICANTE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione.	
2	Nome commerciale e modello attribuito dal FABBRICANTE	
3	Codice prodotto attribuito dal FABBRICANTE	
4	Denominazione del FORNITORE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione,se diverso dal FABBRICANTE	
5	Nome commerciale e modello attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE	
6	Codice prodotto attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE	
7	Confezione minima di vendita (Si intende la confezione minima o multipli di essa ordinabile)	
8	Identificazione dell'articolo: descrizione, dimensioni, volume ecc.	
9	Istruzioni e precauzioni di utilizzo se del caso, eventuali rischi ed interazioni correlati all'uso, limitazioni e controindicazioni di utilizzo, ove previsti	
10	Descrizione dei materiali costituenti l'articolo. **Specificare se latex free.**	
11	monouso ☐ / pluriuso ☐	
12	Confezionamento (tipologia) e condizioni specifiche di conservazione e manipolazione, ove previste	
13	Presenza del codice a barre sul confezionamento di distribuzione	
14	Classe di appartenenza secondo le direttive comunitarie sui dispositivi medici (se esistente)	
15	Destinazione d'uso attribuita dal Fabbricante secondo certificazione CE	
16	Copia della certificazione CE, con data di rilascio, sua validità e tipologia di D.M.	
17	Codice del dispositivo secondo la CND (se esistente)	
18	N° identificativo di iscrizione nel repertorio dei dispositivi medici (se esistente)	
19	Categoria di appartenenza del dispositivo secondo la Circolare della Conferenza Stato Regioni n. 81/CSR del 07/05/2015 (se esistente) (Tipo 1 per Dispositivi Singoli - Tipo 2 per Dispositivi Assemblati o Kit)	Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐

Verifica requisiti richiesti:

A	Indicare le misure disponibili	cm 50 ☐ cm 60 ☐ cm 70 ☐ cm …. ☐
B	Stecche laterali e posteriori	☐
	Stecca posteriore modellabile anatomicamente all'arto	☐
C	Imbottitura latex free	SI ☐ NO ☐
D	Imbottitura antibatterica	SI ☐ NO ☐
E	Corredata di sistema di chiusura	SI ☐ NO ☐

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE)

_____

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

S.A.M.
Settore Beni Sanitari

SCHEDA INFORMATIVA DELL'ARTICOLO OFFERTO
(compilare una scheda per ogni articolo offerto)

LOTTO 5 - GINOCCHIERA IN STOFFA IMBOTTITA CON STECCHE

LOTTO 5.2 - TIPO FLY a tre pannelli

1	Denominazione del FABBRICANTE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione.	
2	Nome commerciale e modello attribuito dal FABBRICANTE	
3	Codice prodotto attribuito dal FABBRICANTE	
4	Denominazione del FORNITORE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione,se diverso dal FABBRICANTE	
5	Nome commerciale e modello attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE	
6	Codice prodotto attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE	
7	Confezione minima di vendita (Si intende la confezione minima o multipli di essa ordinabile)	
8	Identificazione dell'articolo: descrizione, dimensioni, volume ecc.	
9	Istruzioni e precauzioni di utilizzo se del caso, eventuali rischi ed interazioni correlati all'uso, limitazioni e controindicazioni di utilizzo, ove previsti	
10	Descrizione dei materiali costituenti l'articolo. **Specificare se latex free.**	
11	monouso ☐ / pluriuso ☐	
12	Confezionamento (tipologia) e condizioni specifiche di conservazione e manipolazione, ove previste	
13	Presenza del codice a barre sul confezionamento di distribuzione	
14	Classe di appartenenza secondo le direttive comunitarie sui dispositivi medici (se esistente)	
15	Destinazione d'uso attribuita dal Fabbricante secondo certificazione CE	
16	Copia della certificazione CE, con data di rilascio, sua validità e tipologia di D.M.	
17	Codice del dispositivo secondo la CND (se esistente)	
18	N° identificativo di iscrizione nel repertorio dei dispositivi medici (se esistente)	
19	Categoria di appartenenza del dispositivo secondo la Circolare della Conferenza Stato Regioni n. 81/CSR del 07/05/2015 (se esistente) (Tipo 1 per Dispositivi Singoli - Tipo 2 per Dispositivi Assemblati o Kit)	Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐

Verifica requisiti richiesti:

A	Indicare le misure disponibili	cm 50 ☐ cm 60 ☐ cm 70 ☐ cm …. ☐
B	Stecche laterali e posteriori	☐
	Stecca posteriore modellabile anatomicamente all'arto	☐
C	Imbottitura latex free	SI ☐ NO ☐
D	Imbottitura antibatterica	SI ☐ NO ☐
E	Corredata di sistema di chiusura	SI ☐ NO ☐

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE)

_____

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

S.A.M.
Settore Beni Sanitari

SCHEDA INFORMATIVA DELL'ARTICOLO OFFERTO
(compilare una scheda per ogni articolo offerto)

LOTTO 6 - STECCA PER IMMOBILIZZAZIONE ARTICOLARE CON ANIMA IN ALLUMINIO

LOTTO 6.1 - GOMITO

1	Denominazione del FABBRICANTE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione.	
2	Nome commerciale e modello attribuito dal FABBRICANTE	
3	Codice prodotto attribuito dal FABBRICANTE	
4	Denominazione del FORNITORE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione,se diverso dal FABBRICANTE	
5	Nome commerciale e modello attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE	
6	Codice prodotto attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE	
7	Confezione minima di vendita (Si intende la confezione minima o multipli di essa ordinabile)	
8	Identificazione dell'articolo: descrizione, dimensioni, volume ecc.	
9	Istruzioni e precauzioni di utilizzo se del caso, eventuali rischi ed interazioni correlati all'uso, limitazioni e controindicazioni di utilizzo, ove previsti	
10	Descrizione dei materiali costituenti l'articolo. **Specificare se latex free.**	
11	monouso ☐ / pluriuso ☐	
12	Confezionamento (tipologia) e condizioni specifiche di conservazione e manipolazione, ove previste	
13	Presenza del codice a barre sul confezionamento di distribuzione	
14	Classe di appartenenza secondo le direttive comunitarie sui dispositivi medici (se esistente)	
15	Destinazione d'uso attribuita dal Fabbricante secondo certificazione CE	
16	Copia della certificazione CE, con data di rilascio, sua validità e tipologia di D.M.	
17	Codice del dispositivo secondo la CND (se esistente)	
18	N° identificativo di iscrizione nel repertorio dei dispositivi medici (se esistente)	
19	Categoria di appartenenza del dispositivo secondo la Circolare della Conferenza Stato Regioni n. 81/CSR del 07/05/2015 (se esistente) (Tipo 1 per Dispositivi Singoli - Tipo 2 per Dispositivi Assemblati o Kit)	Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐

Verifica requisiti richiesti:

A	Indicare le misure per adulti disponibili	
B	Indicare le misure pediatriche disponibili	
C	Malleabile a freddo	SI ☐ NO ☐
D	Angolatura variabile	SI ☐ NO ☐
E	Pronta all'uso	SI ☐ NO ☐

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE)

_____

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

S.A.M.
Settore Beni Sanitari

SCHEDA INFORMATIVA DELL'ARTICOLO OFFERTO
(compilare una scheda per ogni articolo offerto)

LOTTO 6 - STECCA PER IMMOBILIZZAZIONE ARTICOLARE CON ANIMA IN ALLUMINIO

LOTTO 6.2 - POLSO

1	Denominazione del FABBRICANTE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione.	
2	Nome commerciale e modello attribuito dal FABBRICANTE	
3	Codice prodotto attribuito dal FABBRICANTE	
4	Denominazione del FORNITORE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione,se diverso dal FABBRICANTE	
5	Nome commerciale e modello attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE	
6	Codice prodotto attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE	
7	Confezione minima di vendita (Si intende la confezione minima o multipli di essa ordinabile)	
8	Identificazione dell'articolo: descrizione, dimensioni, volume ecc.	
9	Istruzioni e precauzioni di utilizzo se del caso, eventuali rischi ed interazioni correlati all'uso, limitazioni e controindicazioni di utilizzo, ove previsti	
10	Descrizione dei materiali costituenti l'articolo. **Specificare se latex free.**	
11	monouso ☐ / pluriuso ☐	
12	Confezionamento (tipologia) e condizioni specifiche di conservazione e manipolazione, ove previste	
13	Presenza del codice a barre sul confezionamento di distribuzione	
14	Classe di appartenenza secondo le direttive comunitarie sui dispositivi medici (se esistente)	
15	Destinazione d'uso attribuita dal Fabbricante secondo certificazione CE	
16	Copia della certificazione CE, con data di rilascio, sua validità e tipologia di D.M.	
17	Codice del dispositivo secondo la CND (se esistente)	
18	N° identificativo di iscrizione nel repertorio dei dispositivi medici (se esistente)	
19	Categoria di appartenenza del dispositivo secondo la Circolare della Conferenza Stato Regioni n. 81/CSR del 07/05/2015 (se esistente) (Tipo 1 per Dispositivi Singoli - Tipo 2 per Dispositivi Assemblati o Kit)	Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐

Verifica requisiti richiesti:

A	Indicare le misure per adulti disponibili	
B	Indicare le misure pediatriche disponibili	
C	Malleabile a freddo	SI ☐ NO ☐
D	Angolatura variabile	SI ☐ NO ☐
E	Pronta all'uso	SI ☐ NO ☐

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE)

_____

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

S.A.M.
Settore Beni Sanitari

SCHEDA INFORMATIVA DELL'ARTICOLO OFFERTO
(compilare una scheda per ogni articolo offerto)

LOTTO 6 - STECCA PER IMMOBILIZZAZIONE ARTICOLARE CON ANIMA IN ALLUMINIO

LOTTO 6.3 - PALMARE

1	Denominazione del FABBRICANTE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione.	
2	Nome commerciale e modello attribuito dal FABBRICANTE	
3	Codice prodotto attribuito dal FABBRICANTE	
4	Denominazione del FORNITORE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione,se diverso dal FABBRICANTE	
5	Nome commerciale e modello attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE	
6	Codice prodotto attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE	
7	Confezione minima di vendita (Si intende la confezione minima o multipli di essa ordinabile)	
8	Identificazione dell'articolo: descrizione, dimensioni, volume ecc.	
9	Istruzioni e precauzioni di utilizzo se del caso, eventuali rischi ed interazioni correlati all'uso, limitazioni e controindicazioni di utilizzo, ove previsti	
10	Descrizione dei materiali costituenti l'articolo. **Specificare se latex free.**	
11	monouso ☐ / pluriuso ☐	
12	Confezionamento (tipologia) e condizioni specifiche di conservazione e manipolazione, ove previste	
13	Presenza del codice a barre sul confezionamento di distribuzione	
14	Classe di appartenenza secondo le direttive comunitarie sui dispositivi medici (se esistente)	
15	Destinazione d'uso attribuita dal Fabbricante secondo certificazione CE	
16	Copia della certificazione CE, con data di rilascio, sua validità e tipologia di D.M.	
17	Codice del dispositivo secondo la CND (se esistente)	
18	N° identificativo di iscrizione nel repertorio dei dispositivi medici (se esistente)	
19	Categoria di appartenenza del dispositivo secondo la Circolare della Conferenza Stato Regioni n. 81/CSR del 07/05/2015 (se esistente) (Tipo 1 per Dispositivi Singoli - Tipo 2 per Dispositivi Assemblati o Kit)	Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐

Verifica requisiti richiesti:

A	Indicare le misure per adulti disponibili	
B	Indicare le misure pediatriche disponibili	
C	Malleabile a freddo	SI ☐ NO ☐
D	Angolatura variabile	SI ☐ NO ☐
E	Pronta all'uso	SI ☐ NO ☐

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE)

_____

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

S.A.M.
Settore Beni Sanitari

SCHEDA INFORMATIVA DELL'ARTICOLO OFFERTO
(compilare una scheda per ogni articolo offerto)

LOTTO 6 - STECCA PER IMMOBILIZZAZIONE ARTICOLARE CON ANIMA IN ALLUMINIO

LOTTO 6.4 - GINOCCHIO

1	Denominazione del FABBRICANTE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione.	
2	Nome commerciale e modello attribuito dal FABBRICANTE	
3	Codice prodotto attribuito dal FABBRICANTE	
4	Denominazione del FORNITORE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione,se diverso dal FABBRICANTE	
5	Nome commerciale e modello attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE	
6	Codice prodotto attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE	
7	Confezione minima di vendita (Si intende la confezione minima o multipli di essa ordinabile)	
8	Identificazione dell'articolo: descrizione, dimensioni, volume ecc.	
9	Istruzioni e precauzioni di utilizzo se del caso, eventuali rischi ed interazioni correlati all'uso, limitazioni e controindicazioni di utilizzo, ove previsti	
10	Descrizione dei materiali costituenti l'articolo. **Specificare se latex free.**	
11	monouso ☐ / pluriuso ☐	
12	Confezionamento (tipologia) e condizioni specifiche di conservazione e manipolazione, ove previste	
13	Presenza del codice a barre sul confezionamento di distribuzione	
14	Classe di appartenenza secondo le direttive comunitarie sui dispositivi medici (se esistente)	
15	Destinazione d'uso attribuita dal Fabbricante secondo certificazione CE	
16	Copia della certificazione CE, con data di rilascio, sua validità e tipologia di D.M.	
17	Codice del dispositivo secondo la CND (se esistente)	
18	N° identificativo di iscrizione nel repertorio dei dispositivi medici (se esistente)	
19	Categoria di appartenenza del dispositivo secondo la Circolare della Conferenza Stato Regioni n. 81/CSR del 07/05/2015 (se esistente) (Tipo 1 per Dispositivi Singoli - Tipo 2 per Dispositivi Assemblati o Kit)	Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐

Verifica requisiti richiesti:

A	Indicare le misure per adulti disponibili	
B	Indicare le misure pediatriche disponibili	
C	Malleabile a freddo	SI ☐ NO ☐
D	Angolatura variabile	SI ☐ NO ☐
E	Pronta all'uso	SI ☐ NO ☐

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE)

_____

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

S.A.M.
Settore Beni Sanitari

SCHEDA INFORMATIVA DELL'ARTICOLO OFFERTO
(compilare una scheda per ogni articolo offerto)

LOTTO 6 - STECCA PER IMMOBILIZZAZIONE ARTICOLARE CON ANIMA IN ALLUMINIO

LOTTO 6.5 - GINOCCHIO E PIEDE

1	Denominazione del FABBRICANTE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione.	
2	Nome commerciale e modello attribuito dal FABBRICANTE	
3	Codice prodotto attribuito dal FABBRICANTE	
4	Denominazione del FORNITORE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione,se diverso dal FABBRICANTE	
5	Nome commerciale e modello attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE	
6	Codice prodotto attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE	
7	Confezione minima di vendita (Si intende la confezione minima o multipli di essa ordinabile)	
8	Identificazione dell'articolo: descrizione, dimensioni, volume ecc.	
9	Istruzioni e precauzioni di utilizzo se del caso, eventuali rischi ed interazioni correlati all'uso, limitazioni e controindicazioni di utilizzo, ove previsti	
10	Descrizione dei materiali costituenti l'articolo. **Specificare se latex free.**	
11	monouso ☐ / pluriuso ☐	
12	Confezionamento (tipologia) e condizioni specifiche di conservazione e manipolazione, ove previste	
13	Presenza del codice a barre sul confezionamento di distribuzione	
14	Classe di appartenenza secondo le direttive comunitarie sui dispositivi medici (se esistente)	
15	Destinazione d'uso attribuita dal Fabbricante secondo certificazione CE	
16	Copia della certificazione CE, con data di rilascio, sua validità e tipologia di D.M.	
17	Codice del dispositivo secondo la CND (se esistente)	
18	N° identificativo di iscrizione nel repertorio dei dispositivi medici (se esistente)	
19	Categoria di appartenenza del dispositivo secondo la Circolare della Conferenza Stato Regioni n. 81/CSR del 07/05/2015 (se esistente) (Tipo 1 per Dispositivi Singoli - Tipo 2 per Dispositivi Assemblati o Kit)	Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐

Verifica requisiti richiesti:

A	Indicare le misure per adulti disponibili	
B	Indicare le misure pediatriche disponibili	
C	Malleabile a freddo	SI ☐ NO ☐
D	Angolatura variabile	SI ☐ NO ☐
E	Pronta all'uso	SI ☐ NO ☐

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE)

_____

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

S.A.M.
Settore Beni Sanitari

SCHEDA INFORMATIVA DELL'ARTICOLO OFFERTO
(compilare una scheda per ogni articolo offerto)

LOTTO 6 - STECCA PER IMMOBILIZZAZIONE ARTICOLARE CON ANIMA IN ALLUMINIO

LOTTO 6.6 - POSTERIORE CAVIGLIA

1	Denominazione del FABBRICANTE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione.	
2	Nome commerciale e modello attribuito dal FABBRICANTE	
3	Codice prodotto attribuito dal FABBRICANTE	
4	Denominazione del FORNITORE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione,se diverso dal FABBRICANTE	
5	Nome commerciale e modello attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE	
6	Codice prodotto attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE	
7	Confezione minima di vendita (Si intende la confezione minima o multipli di essa ordinabile)	
8	Identificazione dell'articolo: descrizione, dimensioni, volume ecc.	
9	Istruzioni e precauzioni di utilizzo se del caso, eventuali rischi ed interazioni correlati all'uso, limitazioni e controindicazioni di utilizzo, ove previsti	
10	Descrizione dei materiali costituenti l'articolo. **Specificare se latex free.**	
11	monouso ☐ / pluriuso ☐	
12	Confezionamento (tipologia) e condizioni specifiche di conservazione e manipolazione, ove previste	
13	Presenza del codice a barre sul confezionamento di distribuzione	
14	Classe di appartenenza secondo le direttive comunitarie sui dispositivi medici (se esistente)	
15	Destinazione d'uso attribuita dal Fabbricante secondo certificazione CE	
16	Copia della certificazione CE, con data di rilascio, sua validità e tipologia di D.M.	
17	Codice del dispositivo secondo la CND (se esistente)	
18	N° identificativo di iscrizione nel repertorio dei dispositivi medici (se esistente)	
19	Categoria di appartenenza del dispositivo secondo la Circolare della Conferenza Stato Regioni n. 81/CSR del 07/05/2015 (se esistente) (Tipo 1 per Dispositivi Singoli - Tipo 2 per Dispositivi Assemblati o Kit)	Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐

Verifica requisiti richiesti:

A	Indicare le misure per adulti disponibili	
B	Indicare le misure pediatriche disponibili	
C	Malleabile a freddo	SI ☐ NO ☐
D	Angolatura variabile	SI ☐ NO ☐
E	Pronta all'uso	SI ☐ NO ☐

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE)

_____

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

S.A.M.
Settore Beni Sanitari

SCHEDA INFORMATIVA DELL'ARTICOLO OFFERTO
(compilare una scheda per ogni articolo offerto)

LOTTO 7 - STECCA PER IMMOBILIZZAZIONE ARTICOLARE MODELLABILE CON IL CALORE

LOTTO 7.1 - ARTO POSTERIORE

1	Denominazione del FABBRICANTE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione.		
2	Nome commerciale e modello attribuito dal FABBRICANTE		
3	Codice prodotto attribuito dal FABBRICANTE		
4	Denominazione del FORNITORE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione,se diverso dal FABBRICANTE		
5	Nome commerciale e modello attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE		
6	Codice prodotto attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE		
7	Confezione minima di vendita (Si intende la confezione minima o multipli di essa ordinabile)		
8	Identificazione dell'articolo: descrizione, dimensioni, volume ecc.		
9	Istruzioni e precauzioni di utilizzo se del caso, eventuali rischi ed interazioni correlati all'uso, limitazioni e controindicazioni di utilizzo, ove previsti		
10	Descrizione dei materiali costituenti l'articolo. **Specificare se latex free.**		
11	monouso ☐	pluriuso ☐	
12	Confezionamento (tipologia) e condizioni specifiche di conservazione e manipolazione, ove previste		
13	Presenza del codice a barre sul confezionamento di distribuzione		
14	Classe di appartenenza secondo le direttive comunitarie sui dispositivi medici (se esistente)		
15	Destinazione d'uso attribuita dal Fabbricante secondo certificazione CE		
16	Copia della certificazione CE, con data di rilascio, sua validità e tipologia di D.M.		
17	Codice del dispositivo secondo la CND (se esistente)		
18	N° identificativo di iscrizione nel repertorio dei dispositivi medici (se esistente)		
19	Categoria di appartenenza del dispositivo secondo la Circolare della Conferenza Stato Regioni n. 81/CSR del 07/05/2015 (se esistente) (Tipo 1 per Dispositivi Singoli - Tipo 2 per Dispositivi Assemblati o Kit)		Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐

Verifica requisiti richiesti:

A	Indicare le misure disponibili	

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE)

_____

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

S.A.M.
Settore Beni Sanitari

SCHEDA INFORMATIVA DELL'ARTICOLO OFFERTO
(compilare una scheda per ogni articolo offerto)

LOTTO 7 - STECCA PER IMMOBILIZZAZIONE ARTICOLARE MODELLABILE CON IL CALORE

LOTTO 7.2 - POLSO

1	Denominazione del FABBRICANTE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione.		
2	Nome commerciale e modello attribuito dal FABBRICANTE		
3	Codice prodotto attribuito dal FABBRICANTE		
4	Denominazione del FORNITORE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione,se diverso dal FABBRICANTE		
5	Nome commerciale e modello attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE		
6	Codice prodotto attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE		
7	Confezione minima di vendita (Si intende la confezione minima o multipli di essa ordinabile)		
8	Identificazione dell'articolo: descrizione, dimensioni, volume ecc.		
9	Istruzioni e precauzioni di utilizzo se del caso, eventuali rischi ed interazioni correlati all'uso, limitazioni e controindicazioni di utilizzo, ove previsti		
10	Descrizione dei materiali costituenti l'articolo. **Specificare se latex free.**		
11	monouso ☐	pluriuso ☐	
12	Confezionamento (tipologia) e condizioni specifiche di conservazione e manipolazione, ove previste		
13	Presenza del codice a barre sul confezionamento di distribuzione		
14	Classe di appartenenza secondo le direttive comunitarie sui dispositivi medici (se esistente)		
15	Destinazione d'uso attribuita dal Fabbricante secondo certificazione CE		
16	Copia della certificazione CE, con data di rilascio, sua validità e tipologia di D.M.		
17	Codice del dispositivo secondo la CND (se esistente)		
18	N° identificativo di iscrizione nel repertorio dei dispositivi medici (se esistente)		
19	Categoria di appartenenza del dispositivo secondo la Circolare della Conferenza Stato Regioni n. 81/CSR del 07/05/2015 (se esistente) (Tipo 1 per Dispositivi Singoli - Tipo 2 per Dispositivi Assemblati o Kit)		Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐

Verifica requisiti richiesti:

A	Indicare le misure disponibili	

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE)

_____

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

S.A.M.
Settore Beni Sanitari

SCHEDA INFORMATIVA DELL'ARTICOLO OFFERTO
(compilare una scheda per ogni articolo offerto)

LOTTO 7 - STECCA PER IMMOBILIZZAZIONE ARTICOLARE MODELLABILE CON IL CALORE

LOTTO 7.3 - DITO

1	Denominazione del FABBRICANTE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione.		
2	Nome commerciale e modello attribuito dal FABBRICANTE		
3	Codice prodotto attribuito dal FABBRICANTE		
4	Denominazione del FORNITORE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione,se diverso dal FABBRICANTE		
5	Nome commerciale e modello attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE		
6	Codice prodotto attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE		
7	Confezione minima di vendita (Si intende la confezione minima o multipli di essa ordinabile)		
8	Identificazione dell'articolo: descrizione, dimensioni, volume ecc.		
9	Istruzioni e precauzioni di utilizzo se del caso, eventuali rischi ed interazioni correlati all'uso, limitazioni e controindicazioni di utilizzo, ove previsti		
10	Descrizione dei materiali costituenti l'articolo. **Specificare se latex free.**		
11	monouso ☐	pluriuso ☐	
12	Confezionamento (tipologia) e condizioni specifiche di conservazione e manipolazione, ove previste		
13	Presenza del codice a barre sul confezionamento di distribuzione		
14	Classe di appartenenza secondo le direttive comunitarie sui dispositivi medici (se esistente)		
15	Destinazione d'uso attribuita dal Fabbricante secondo certificazione CE		
16	Copia della certificazione CE, con data di rilascio, sua validità e tipologia di D.M.		
17	Codice del dispositivo secondo la CND (se esistente)		
18	N° identificativo di iscrizione nel repertorio dei dispositivi medici (se esistente)		
19	Categoria di appartenenza del dispositivo secondo la Circolare della Conferenza Stato Regioni n. 81/CSR del 07/05/2015 (se esistente) (Tipo 1 per Dispositivi Singoli - Tipo 2 per Dispositivi Assemblati o Kit)		Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐

Verifica requisiti richiesti:

A	Indicare le misure disponibili	

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE)

_____

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

S.A.M.
Settore Beni Sanitari

SCHEDA INFORMATIVA DELL'ARTICOLO OFFERTO
(compilare una scheda per ogni articolo offerto)

LOTTO 7 - STECCA PER IMMOBILIZZAZIONE ARTICOLARE MODELLABILE CON IL CALORE

LOTTO 7.4 - ARTO INFERIORE

1	Denominazione del FABBRICANTE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione.		
2	Nome commerciale e modello attribuito dal FABBRICANTE		
3	Codice prodotto attribuito dal FABBRICANTE		
4	Denominazione del FORNITORE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione,se diverso dal FABBRICANTE		
5	Nome commerciale e modello attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE		
6	Codice prodotto attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE		
7	Confezione minima di vendita (Si intende la confezione minima o multipli di essa ordinabile)		
8	Identificazione dell'articolo: descrizione, dimensioni, volume ecc.		
9	Istruzioni e precauzioni di utilizzo se del caso, eventuali rischi ed interazioni correlati all'uso, limitazioni e controindicazioni di utilizzo, ove previsti		
10	Descrizione dei materiali costituenti l'articolo. **Specificare se latex free.**		
11	monouso ☐	pluriuso ☐	
12	Confezionamento (tipologia) e condizioni specifiche di conservazione e manipolazione, ove previste		
13	Presenza del codice a barre sul confezionamento di distribuzione		
14	Classe di appartenenza secondo le direttive comunitarie sui dispositivi medici (se esistente)		
15	Destinazione d'uso attribuita dal Fabbricante secondo certificazione CE		
16	Copia della certificazione CE, con data di rilascio, sua validità e tipologia di D.M.		
17	Codice del dispositivo secondo la CND (se esistente)		
18	N° identificativo di iscrizione nel repertorio dei dispositivi medici (se esistente)		
19	Categoria di appartenenza del dispositivo secondo la Circolare della Conferenza Stato Regioni n. 81/CSR del 07/05/2015 (se esistente) (Tipo 1 per Dispositivi Singoli - Tipo 2 per Dispositivi Assemblati o Kit)		Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐

Verifica requisiti richiesti:

A	Indicare le misure disponibili	

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE)

_____

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

S.A.M.
Settore Beni Sanitari

SCHEDA INFORMATIVA DELL'ARTICOLO OFFERTO
(compilare una scheda per ogni articolo offerto)

LOTTO 8 - IMMOBILIZZATORI IN CARTONE SAGOMATO SENZA IMBOTTITURA

LOTTO 8.1 - GAMBALE

1	Denominazione del FABBRICANTE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione.		
2	Nome commerciale e modello attribuito dal FABBRICANTE		
3	Codice prodotto attribuito dal FABBRICANTE		
4	Denominazione del FORNITORE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione,se diverso dal FABBRICANTE		
5	Nome commerciale e modello attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE		
6	Codice prodotto attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE		
7	Confezione minima di vendita (Si intende la confezione minima o multipli di essa ordinabile)		
8	Identificazione dell'articolo: descrizione, dimensioni, volume ecc.		
9	Istruzioni e precauzioni di utilizzo se del caso, eventuali rischi ed interazioni correlati all'uso, limitazioni e controindicazioni di utilizzo, ove previsti		
10	Descrizione dei materiali costituenti l'articolo. **Specificare se latex free.**		
11	monouso ☐	pluriuso ☐	
12	Confezionamento (tipologia) e condizioni specifiche di conservazione e manipolazione, ove previste		
13	Presenza del codice a barre sul confezionamento di distribuzione		
14	Classe di appartenenza secondo le direttive comunitarie sui dispositivi medici (se esistente)		
15	Destinazione d'uso attribuita dal Fabbricante secondo certificazione CE		
16	Copia della certificazione CE, con data di rilascio, sua validità e tipologia di D.M.		
17	Codice del dispositivo secondo la CND (se esistente)		
18	N° identificativo di iscrizione nel repertorio dei dispositivi medici (se esistente)		
19	Categoria di appartenenza del dispositivo secondo la Circolare della Conferenza Stato Regioni n. 81/CSR del 07/05/2015 (se esistente) (Tipo 1 per Dispositivi Singoli - Tipo 2 per Dispositivi Assemblati o Kit)		Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐

Verifica requisiti richiesti:

A	Indicare le misure disponibili	

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE)

_____

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

S.A.M.
Settore Beni Sanitari

SCHEDA INFORMATIVA DELL'ARTICOLO OFFERTO
(compilare una scheda per ogni articolo offerto)

LOTTO 8 - IMMOBILIZZATORI IN CARTONE SAGOMATO SENZA IMBOTTITURA

LOTTO 8.2 - GOMITO

1	Denominazione del FABBRICANTE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione.		
2	Nome commerciale e modello attribuito dal FABBRICANTE		
3	Codice prodotto attribuito dal FABBRICANTE		
4	Denominazione del FORNITORE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione,se diverso dal FABBRICANTE		
5	Nome commerciale e modello attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE		
6	Codice prodotto attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE		
7	Confezione minima di vendita (Si intende la confezione minima o multipli di essa ordinabile)		
8	Identificazione dell'articolo: descrizione, dimensioni, volume ecc.		
9	Istruzioni e precauzioni di utilizzo se del caso, eventuali rischi ed interazioni correlati all'uso, limitazioni e controindicazioni di utilizzo, ove previsti		
10	Descrizione dei materiali costituenti l'articolo. **Specificare se latex free.**		
11	monouso ☐	pluriuso ☐	
12	Confezionamento (tipologia) e condizioni specifiche di conservazione e manipolazione, ove previste		
13	Presenza del codice a barre sul confezionamento di distribuzione		
14	Classe di appartenenza secondo le direttive comunitarie sui dispositivi medici (se esistente)		
15	Destinazione d'uso attribuita dal Fabbricante secondo certificazione CE		
16	Copia della certificazione CE, con data di rilascio, sua validità e tipologia di D.M.		
17	Codice del dispositivo secondo la CND (se esistente)		
18	N° identificativo di iscrizione nel repertorio dei dispositivi medici (se esistente)		
19	Categoria di appartenenza del dispositivo secondo la Circolare della Conferenza Stato Regioni n. 81/CSR del 07/05/2015 (se esistente) (Tipo 1 per Dispositivi Singoli - Tipo 2 per Dispositivi Assemblati o Kit)		Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐

Verifica requisiti richiesti:

A	Indicare le misure disponibili	

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE)

_____

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

S.A.M.
Settore Beni Sanitari

SCHEDA INFORMATIVA DELL'ARTICOLO OFFERTO
(compilare una scheda per ogni articolo offerto)

LOTTO 8 - IMMOBILIZZATORI IN CARTONE SAGOMATO SENZA IMBOTTITURA

LOTTO 8.3 - PALMARE DESTRO E SINISTRO

1	Denominazione del FABBRICANTE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione.		
2	Nome commerciale e modello attribuito dal FABBRICANTE		
3	Codice prodotto attribuito dal FABBRICANTE		
4	Denominazione del FORNITORE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione,se diverso dal FABBRICANTE		
5	Nome commerciale e modello attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE		
6	Codice prodotto attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE		
7	Confezione minima di vendita (Si intende la confezione minima o multipli di essa ordinabile)		
8	Identificazione dell'articolo: descrizione, dimensioni, volume ecc.		
9	Istruzioni e precauzioni di utilizzo se del caso, eventuali rischi ed interazioni correlati all'uso, limitazioni e controindicazioni di utilizzo, ove previsti		
10	Descrizione dei materiali costituenti l'articolo. **Specificare se latex free.**		
11	monouso ☐	pluriuso ☐	
12	Confezionamento (tipologia) e condizioni specifiche di conservazione e manipolazione, ove previste		
13	Presenza del codice a barre sul confezionamento di distribuzione		
14	Classe di appartenenza secondo le direttive comunitarie sui dispositivi medici (se esistente)		
15	Destinazione d'uso attribuita dal Fabbricante secondo certificazione CE		
16	Copia della certificazione CE, con data di rilascio, sua validità e tipologia di D.M.		
17	Codice del dispositivo secondo la CND (se esistente)		
18	N° identificativo di iscrizione nel repertorio dei dispositivi medici (se esistente)		
19	Categoria di appartenenza del dispositivo secondo la Circolare della Conferenza Stato Regioni n. 81/CSR del 07/05/2015 (se esistente) (Tipo 1 per Dispositivi Singoli - Tipo 2 per Dispositivi Assemblati o Kit)		Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐

Verifica requisiti richiesti:

A	Indicare le misure disponibili	

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE)

_____

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

S.A.M.
Settore Beni Sanitari

SCHEDA INFORMATIVA DELL'ARTICOLO OFFERTO
(compilare una scheda per ogni articolo offerto)

LOTTO 9 - COPERTURA IMBOTTITA MORBIDA PER TELAIO ZUPPINGHER

1	Denominazione del FABBRICANTE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione.		
2	Nome commerciale e modello attribuito dal FABBRICANTE		
3	Codice prodotto attribuito dal FABBRICANTE		
4	Denominazione del FORNITORE, indirizzo, cap, località, luogo di produzione,se diverso dal FABBRICANTE		
5	Nome commerciale e modello attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE		
6	Codice prodotto attribuito dal FORNITORE, se diverso dal FABBRICANTE		
7	Confezione minima di vendita (Si intende la confezione minima o multipli di essa ordinabile)		
8	Descrizione dell'articolo		
9	Istruzioni e precauzioni di utilizzo se del caso, eventuali rischi ed interazioni correlati all'uso, limitazioni e controindicazioni di utilizzo, ove previsti		
10	Descrizione dei materiali costituenti l'articolo. **Specificare se latex free.**		
11	monouso ☐	pluriuso ☐	
12	Confezionamento (tipologia) e condizioni specifiche di conservazione e manipolazione, ove previste		
13	Presenza del codice a barre sul confezionamento di distribuzione		
14	Classe di appartenenza secondo le direttive comunitarie sui dispositivi medici (se esistente)		
15	Destinazione d'uso attribuita dal Fabbricante secondo certificazione CE (se esistente)		
16	Copia della certificazione CE, con data di rilascio, sua validità e tipologia di D.M. (se esistente)		
17	Codice del dispositivo secondo la CND (se esistente)		
18	N° identificativo di iscrizione nel repertorio dei dispositivi medici (se esistente)		
19	Categoria di appartenenza del dispositivo secondo la Circolare della Conferenza Stato Regioni n. 81/CSR del 07/05/2015 (se esistente) (Tipo 1 per Dispositivi Singoli - Tipo 2 per Dispositivi Assemblati o Kit)		Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐

Verifica requisiti richiesti:

A	Indicare le dimensioni disponibili	

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE)

_____