

# Allegato C - Scheda informativa D.M.



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

U.O. C.Acquisti  
 Settore Beni Sanitari

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

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		Destinazione d'uso attribuita dal Fabbricante secondo certificazione CE	
10		Istruzioni e precauzioni di utilizzo se del caso, eventuali rischi ed interazioni correlati all'uso, limitazioni e controindicazioni di utilizzo, ove previsti	
11		Descrizione dei materiali costituenti l'articolo specificare: <b>latex free</b>	
12		prodotto sterile <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
13		monouso <input type="checkbox"/> pluriuso <input type="checkbox"/>	
14		Indicazione del tipo di sterilizzazione	
15		Confezionamento (tipologia) e condizioni specifiche di conservazione e manipolazione, ove previste	
16		Doppio confezionamento	
17		Presenza del codice a barre sul confezionamento di distribuzione	
18		Classe di appartenenza secondo le direttive comunitarie sui dispositivi medici (se esistente)	
19		Copia della certificazione CE, con data di rilascio, sua validità e tipologia di D.M.	
20		Codice del dispositivo secondo la CND (codice classificazione nazionale dei dispositivi medici ) (se esistente)	
21		N° identificativo di iscrizione nel repertorio dei dispositivi medici (se esistente)	
22		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 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <input type="checkbox"/>

(FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE)