**QUESTIONARIO TECNICO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **DESCRIZIONE** | | **RISPONDENZA AI REQUISITI RICHIESTI (*indicare SI / NO per ogni singola voce)*** | | **MODELLO / CODICE OFFERTO** | | **RIFERIMENTO (*indicare Documento e numero di pagina di riferimento / rimando del requisito)*** | |
|  | **FORNITURA DI KIT CONCENTRAZIONE PIASTRINICA PER L’U.O.S.D. DI TERAPIA DEL DOLORE DELL’AZIENDA** | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | |
|  | ***Rispondente ai seguenti requisiti tecnico-operativi:*** | | | | | |  | |
|  | ***Caratteristiche essenziali*** | | | | | |  | |
|  | Attrezzatura / Apparecchiatura nuova di fabbrica | |  | |  | |  | |
|  | Attrezzatura / Apparecchiatura di ultima generazione | |  | |  | |  | |
| **Caratteristiche Generali** | | |  | |  | |  | |
| **Sistema chiuso monouso** | | |  | |  | |  | |
| **Di facile utilizzo** | | |  | |  | |  | |
| **Deve includere tutti i componenti necessari per l’ottenimento del PRP** | | |  | |  | |  | |
| **Deve permettere la preparazione di sangue ricco di Piastrine (PRP) con concentrazione piastrinica pari a 1x106 µL ± 20% secondo quanto previsto dalla normativa (par.2.1 della lett. A dell’All. X del DM del 02.11.15)** | | |  | |  | |  | |
| **Deve prevedere la fornitura della relativa centrifuga in comodato d’uso** | | |  | |  | |  | |