**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 TALCO STERILE PER USO CAVITA’ TORACICA PER L’U.O.C. DI CHIRURGIA TORACICA DELL’AZIENDA** | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | |
|  | ***Rispondente ai seguenti requisiti tecnico-operativi:*** | | | | | |  | |
|  | ***Caratteristiche essenziali*** | | | | | |  | |
| **Caratteristiche Generali** | | |  | |  | |  | |
| **TALCO STERILE PRONTO ASBESTO-FREE** | | |  | |  | |  | |
| per uso nella cavità toracica | | |  | |  | |  | |
| sterile da diluire | | |  | |  | |  | |
| con dimensioni medie delle particelle di 25µm | | |  | |  | |  | |
| flaconi di vetro da 4 grammi con kit di polverizzazione | | |  | |  | |  | |