**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 MACCHINA PER OSSIGENO-OZONOTERAPIA per l’UOSD di Terapia del Dolore** | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | |
|  | ***Rispondente ai seguenti requisiti tecnico-operativi:*** | | | | | |  | |
|  | ***Caratteristiche essenziali*** | | | | | |  | |
|  | Attrezzatura / Apparecchiatura nuova di fabbrica | |  | |  | |  | |
|  | Attrezzatura / Apparecchiatura di ultima generazione | |  | |  | |  | |
| **Caratteristiche Generali** | | |  | |  | |  | |
| **Apparecchio mobile, con carrello porta bombole di O2 integrato.** | | |  | |  | |  | |
| **Concentrazioni di Ozono da 1 a 100 mcgr/ml programmabili in sequenza** | | |  | |  | |  | |
| **Valvola di uscita per siringhe Luer e Luer Lock** | | |  | |  | |  | |