|  |  |
| --- | --- |
| **OFFENES VERFAHREN EC6/2018 für die fünfjährige Lieferung von täglichen Qualitätskontrollen für die Antikörper-Dosierung von HIV 1/2 (Ag-Ak), Hepatitis A, B und C, EBV, des ToRCH-Komplexes und von Treponema pallidum, und der dazugehörigen Verwaltungssoftware an die Labors des Sanitätsbetriebes der Autonomen Provinz Bozen.** | **PROCEDURA APERTA EC6/2018 per la fornitura quinquennale di controlli di qualità giornalieri per il dosaggio degli anticorpi per HIV 1/2 (Ag-Ab), Epatite A, B e C, EBV, complesso ToRCH e Treponema pallidum, con relativo gestionale per i Laboratori dell’Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano.** |

|  |  |
| --- | --- |
| * **ANGEBOT NR.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **VOM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | * **OFFERTA N.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **DI DATA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **FORMULAR FÜR DAS ANGEBOT** | **MODELLO DA UTILIZZARE PER L'OFFERTA** |
| **Die/der/die unterfertigte/en,**1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 | **La/il/i sottoscritta/o/i:**1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| **In seiner/ihrer Eigenschaft als:****1.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**2.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**3.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**4.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **In qualità di:****1.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**2.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**3.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**4.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| geboren:1. am \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_1. am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | nata/o/i:1. il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_1. il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_1. am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 1. il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_1. il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **dazu /ermächtigt, die folgende Firma zu verpflichten** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **abilitata/o/i ad impegnare legalmente la seguente Ditta:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * Telefonnr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Telefaxnr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 | * n. di telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* n. di telefax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| * Mehrwertsteuernr. :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Steuerkodex Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 | * Partita IVA n.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Codice Fiscale n.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| **mit Sitz in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****und Geschäftsstelle, an welche sämtliche Korrespondenz zu senden ist:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **con domicilio legale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****e sede commerciale ove indirizzare tutta la corrispondenza**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| formuliert/en im Auftrag derselben Firma folgendes Angebot bezüglich des offenen Verfahrens anberaumt mit Entscheidungsniederschrift des Bezirksdirektors Nr. 2018-D2-0000747 vom 15.05.2018 und n. 2018-D2-00791 vom 23.05.2018 für die fünfjährige Lieferung von täglichen Qualitätskontrollen für die Antikörper-Dosierung von HIV 1/2 (Ag-Ak), Hepatitis A, B und C, EBV, des ToRCH-Komplexes und von Treponema pallidum, und der dazugehörigen Verwaltungssoftware an die Labors des Sanitätsbetriebes der Autonomen Provinz Bozen. | formula/no per conto della Ditta medesima la seguente offerta relativamente alla procedura aperta indetta con verbale di determinazione del Direttore di Comprensorio n. 2018-D2-00747 di data 15.05.2018e n. 2018-D2-00791 di data 23.05.2018 ai fini della fornitura quinquennale di controlli di qualità giornalieri per il dosaggio degli anticorpi per HIV 1/2 (Ag-Ab), Epatite A, B e C, EBV, complesso ToRCH e Treponema pallidum, con relativo gestionale per i Laboratori dell’Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano. |
| **Für die angebotenen Produkte und die Software:**ausschließlich vorliegender Angebotsvordruck benutzen, der vollständig ausgefüllt, als PDF-Datei gespeichert und digital unterschrieben werden muss. | **Per i prodotti offerti ed il software:**utilizzare esclusivamente il presente modello di offerta, da compilare in ogni sua parte, da salvare in pdf e da firmare digitalmente. |
| **Fünfjähriger Gesamtbetrag der Qualitätskontrollen ohne MwSt**:€. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(in Buchstaben: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | **Importo complessivo quinquennale dei****controlli di qualità senza I.V.A.:**€. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(in lettere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |
| **Fünfjähriger Gesamtbetrag der angebotenen Software ohne MwSt:**€. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(in Buchstaben: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Importo complessivo quinquennale del software offerto senza I.V.A.:**€. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(in lettere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |
| **Fünfjähriger Gesamtbetrag ohne MwSt:**€. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(in Buchstaben: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**MwSt. (…..): €.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(in Buchstaben: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**Fünfjähriger Gesamtbetrag mit MwSt:**€. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(in Buchstaben: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | **importo complessivo quinquennale senza I.V.A.:**€. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(in lettere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**IVA (…..): €.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(in lettere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**importo complessivo quinquennale con I.V.A.:**€. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(in lettere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Erklärt/Erklären:** | **Dichiara/no:** |
| 1. in alle in den Allgemeinen Bedingungen angeführten Bedingungen Einsicht genommen zu haben und sie anzunehmen;
 | 1. di aver preso visione ed accettate tutte le condizioni indicate nelle condizioni generali;
 |
| 1. in alle örtlichen und tatsächlichen Verhältnisse, die sich auf das vorliegende Angebot auswirken können, Einsicht und sie zur Kenntnis genommen zu haben
 | 1. di aver preso visione e conoscenza di tutte le circostanze di luogo e di fatto che possono comunque influire sulla presente offerta
 |
| 1. sich zur Lieferung zu allen Bedingungen, die in den Allgemeinen Bedingungen (einschließlich des technischen Anhangs und der Anlagen sowie des Angebotes) dieses offenen Verfahrens enthalten sind, zu verpflichten, wobei er/sie alle durch eine Nichterfüllung bedingten Verbindlichkeiten und Strafgebühren übernimmt/ übernehmen.
 | 1. di impegnarsi ad eseguire la fornitura a tutte le condizioni di cui alle condizioni generali (comprensivo di appendice tecnica ed allegati nonché all'offerta) della procedura aperta di che trattasi, assumendo tutti gli oneri previsti e riconoscendo tutte le penalità derivanti da inadempienze.
 |
| (Bei Streitfragen gelten die Akten des Südtiroler Sanitätsbetriebes der Autonomen Provinz Bozen, der in diesem Angebot als VS (Vergabestelle), mit denen die einzelnen Dokumente genehmigt worden sind); | (Ove esistessero controversie interpretative, fanno fede gli atti dell’Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano che sarà indicato in questa offerta come SA (Stazione Appaltante) di approvazione dei singoli documenti); |
| 1. über die Vorrichtungen und die Mittel zu verfügen, um die Leistungen zu allen in den Allgemeinen Bedingungen vorgesehenen Bedingungen, gewährleisten zu können;
 | 1. di avere in dotazione le attrezzature ed i mezzi per assicurare il servizio nei termini stabiliti nelle condizioni generali;
 |
| 1. zu gewährleisten:
 | 1. di garantire:
 |
| 1. dass die Übergaben gemäß den im Art. 4 der Allgemeinen Bedingungen vorgesehenen Modalitäten erfolgen werden;
 | 1. che le consegne saranno effettuate secondo le modalità previste all’art. 4 delle condizioni generali;
 |
| 1. dass in den in diesem Angebot angegebenen Preisen jede Forderung, welche der Firma aufgrund der Durchführung des Vertrages zusteht, inbegriffen ist, sowie alle Kosten betreffend Verpackung, Transport und Versicherung bis zu den angegebenen Bestimmungsorten, MwSt. ausgenommen;
 | 1. che i prezzi indicati nella presente offerta si intendono comprensivi di ogni onere dovuto alla ditta in connessione con l’esecuzione del contratto, nonché di ogni spesa riguardante il confezionamento, l’imballaggio, il trasporto e l’assicurazione fino al luogo indicato per la consegna, esclusa l’IVA;
 |
| 1. dass die technischen Eigenschaften der Artikel denjenigen entsprechen, welche im beigelegten Anhang erklärt werden, entsprechen;
 | 1. che le caratteristiche tecniche degli articoli corrispondono a quanto dichiarato nell’allegata appendice;
 |
| 1. dass vor dem Abschluss des Vertrages, der VS der Name des Verantwortlichen gemäß der ges. vertr. Verordnung Nr. 81/2008 übermittelt wird sowie die Namen der “Verantwortlichen” und der “Beauftragten” für die Behandlung und/oder Kenntnisnahme von persönlichen und/oder sensiblen Daten;
 | 1. che prima della stipula del contratto sarà fornito alla SA il nominativo del responsabile di cui al D. lgs. 81/2008 ed i nominativi dei “responsabili” e degli “incaricati” per il trattamento e/o la conoscenza di dati personali e/o sensibili;
 |
| 1. die Durchführung der in den Allgemeinen Bedingungen, im technischen Anhang und in den Anlagen angegebenen Kontrollen von Seiten der VS und die aufgrund der Resultate derselben angewandten Einbehalte auf die zustehenden wirtschaftlichen Bezüge anzunehmen;
 | 1. di consentire che la SA esegua i controlli riportati nelle condizioni generali, nella appendice tecnica e negli allegati e che a fronte dei risultati siano operate le previste trattenute dalle competenze economiche spettanti;
 |
| 1. die Gültigkeit des Angebotes für einen Zeitraum von 180 Tagen, ab dem Datum des Wettbewerbs und im Falle der Erteilung des Zuschlags für die Gesamtdauer des Dienstes und für die Dauer eventueller Verlängerungen und/oder Erneuerungen zu bestätigen;
 | 1. di confermare la validità dell'offerta per 180 gg. dalla data della gara e, in caso di aggiudicazione, per tutto il corso del servizio e per eventuali proroghe e/o rinnovi;
 |
| 1. anzunehmen, dass im Falle von gerichtlichen Streitigkeiten das zuständige Gericht jenes von Bozen ist;
 | 1. di accettare che in caso di controversie giudiziarie il foro competente sia quello di Bolzano;
 |
| 1. keinen Teil des Dienstes in Unterpacht zu vergeben.
 | 1. di non subappaltare alcuna parte del servizio.
 |

|  |  |
| --- | --- |
| Das vorliegende Angebot besteht aus Nr. x Seiten, jede von der/den Person/en unterschrieben, die dazu ermächtigt ist/sind die Firma …......................…........................................................................................................................... zu verpflichten **Datum, Unterschrift: ...........................................** | La presente offerta è composta di n. x pagine, ciascuna firmata dalla/e persona/e abilitata/e ad impegnare la ditta ………………..……………………................................….........................................................................…......................................................................... **Data, Firma: ..................................................** |

**Fornitura quinquennale di controlli di qualità giornalieri per il dosaggio degli anticorpi per HIV 1/2 (Ag-Ab), Epatite A, B e C, EBV, complesso ToRCH e Treponema pallidum, con relativo gestionale per i Laboratori dell’Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano.**

**OFFERTA: PROT. N. ..............…… DEL ………… Ragione sociale: .....................................................**

**(La ditta dovrà inserire n. protocollo e data dell’offerta)**

***Comprensorio Sanitario di Bolzano - Laboratorio Aziendale di Microbiologia e Virologia:***

**CONTROLLI DI QUALITÀ:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *APPARECCHIATURE* | *PARAMETRO* | *DESCRIZIONE PRODOTTO (NOME COMMERCIALE)* | *CODICE PRODOTTO* | *PRODUTTORE* | *CODICE CND\** | *nr. di**Repertorio ministeriale\*\** | *TIPO DI CONFEZIONAMENTO (NUMERO DI FLACONI A CONFEZIONE)* | *ML A FLACONE* | *NUMERO CONFEZIONI QUINQUENNALI OFFERTE**CALCOLATE IN BASE ALLA DURATA DEI FLACONI APERTI tenendo presente il fabbisogno/anno in ml/gg per livello (utilizzo dal lunedì al venerdì ogni settimana)* | *PREZZO A CONFEZIONE DEL LISTINO VIGENTE (cifre e lettere)* | *PREZZO A CONFEZIONE OFFERTO (cifre e lettere)* | *PREZZO A ML OFFERTO* | *% I.V.A.* | *% DI SCONTO APPLICATA* |
| *n. 2 ARCHITECT – ABBOTT per i parametri elencati, considerando n. 520 sedute/anno ciascuno, a eccezione dei parametri Anticorpi anti HBs e anti HAV IgG e IgM, per i quali sono previste 315 sedute/anno ciascuno e HBsAg parametro quantitativo, per il quale sono previste 260 sedute/anno per cinque anni:* | HBsAg per parametro qualitativo(152 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | HBsAg per parametro quantitativo (76 ml/anno su strumento dedicato e pertanto con volumi morti non assimilabili) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti HBs (92 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti HBc (169 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti HCV (115 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti HIV-1(169 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti HIV-2(169 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | HIV 1-Ag(169 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti HAV IgG (71 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti HAV IgM (69 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Diluente (se disponibile) per il 20% del volume totale degli analiti forniti |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *n. 2 LIAISON XL - DIASORIN per i parametri elencati, considerando n. 260 sedute/anno a eccezione dei parametri Anticorpi anti virus della Rosolia IgG, Anticorpi anti Toxoplasma gondii IgG e IgM per i quali sono previste 416 sedute/anno per cinque anni:* | Anticorpi anti Toxoplasma gondii IgG e IgM (92 e 92 ml/anno rispettivamente) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti virus della Rosolia IgG e IgM (92 e 58 ml/anno rispettivamente) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti Citomegalovirus umano IgG e IgM (58 e 58 ml/anno rispettivamente) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti Treponema pallidum (78 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi antiHerpes simplex virus 1/2 IgG (65 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti Epstein Barr virus VCA IgG, VCA IgM ed EBNA IgG (58 ml/anno rispettivamente) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Diluente (se disponibile) per il 20% del volume totale degli analiti forniti |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**\* se non presente CND riportare motivazione**

**\*\* se non è presente il numero di Repertorio indicare motivazione:**

 **es.:**

* **NO repertorio perché non costituisce dispositivo medico**
* **oppure NO repertorio e compilare la dichiarazione sostitutiva esonero numero repertorio**

**Fornitura quinquennale di controlli di qualità giornalieri per il dosaggio degli anticorpi per HIV 1/2 (Ag-Ab), Epatite A, B e C, EBV, complesso ToRCH e Treponema pallidum, con relativo gestionale per i Laboratori dell’Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano.**

**OFFERTA: PROT. N. ..............…… DEL ………… Ragione sociale: .....................................................**

**(La ditta dovrà inserire n. protocollo e data dell’offerta)**

***Comprensorio Sanitario di Bolzano - Servizio Aziendale di Immunoematologia e Trasfusionale:***

**CONTROLLI DI QUALITÀ:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *APPARECCHIATURE* | *PARAMETRO* | *DESCRIZIONE PRODOTTO (NOME COMMERCIALE)* | *CODICE PRODOTTO* | *PRODUTTORE* | *CODICE CND\** | *nr. di**Repertorio ministeriale\*\** | *TIPO DI CONFEZIONAMENTO (NUMERO DI FLACONI A CONFEZIONE)* | *ML A FLACONE* | *NUMERO CONFEZIONI QUINQUENNALI OFFERTE**CALCOLATE IN BASE ALLA DURATA DEI FLACONI APERTI tenendo presente il fabbisogno/anno in ml/gg per livello (utilizzo dal lunedì al venerdì ogni settimana)* | *PREZZO A CONFEZIONE DEL LISTINO VIGENTE (cifre e lettere)* | *PREZZO A CONFEZIONE OFFERTO (cifre e lettere)* | *PREZZO A ML OFFERTO* | *% I.V.A.* | *% DI SCONTO APPLICATA* |
| *n. 2 ARCHITECT – ABBOTT per i parametri elencati considerando n. 260 sedute/anno per cinque anni:* | HBsAg per parametro qualitativo(55 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti HCV (55 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti HIV-1 (55 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti HIV-2 (55 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | HIV-Ag (55 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti Citomegalovirus umano IgG e IgM (30 ml/anno rispettivamente)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti Treponema pallidum (55 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**IMPORTO TOTALE QUINQUENNALE CONTROLLI DI QUALITÀ COMPRENSORIO SANITARIO BOLZANO: €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (senza IVA)**

**SOFTWARE offerto:**

| *DESCRIZIONE* | *CODICE* | *PRODUTTORE* | *CODICE CND\** | *NR. DI REPERTORIO MINISTERIALE \*\** | *QUANTITÀ* | *IMPORTO QUINQUENNALE* | *% IVA* |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**IMPORTO TOTALE QUINQUENNALE SOFTWARE COMPRENSORIO SANITARIO DI BOLZANO: €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ senza IVA)**

**\* se non presente CND riportare motivazione**

**\*\* se non è presente il numero di Repertorio indicare motivazione:**

 **es.:**

* **NO repertorio perché non costituisce dispositivo medico**
* **oppure NO repertorio e compilare la dichiarazione sostitutiva esonero numero repertorio**

**Fornitura quinquennale di controlli di qualità giornalieri per il dosaggio degli anticorpi per HIV 1/2 (Ag-Ab), Epatite A, B e C, EBV, complesso ToRCH e Treponema pallidum, con relativo gestionale per i Laboratori dell’Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano.**

**OFFERTA: PROT. N. ..............…… DEL ………… Ragione sociale: .....................................................**

**(La ditta dovrà inserire n. protocollo e data dell’offerta)**

***Comprensorio Sanitario di Merano - Laboratorio di Patologia Clinica di Merano:***

**CONTROLLI DI QUALITÀ:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *APPARECCHIATURE* | *PARAMETRO* | *DESCRIZIONE PRODOTTO (NOME COMMERCIALE)* | *CODICE PRODOTTO* | *PRODUTTORE* | *CODICE CND\** | *nr. di**Repertorio ministeriale\*\** | *TIPO DI CONFEZIONAMENTO (NUMERO DI FLACONI A CONFEZIONE)* | *ML A FLACONE* | *NUMERO CONFEZIONI QUINQUENNALI OFFERTE**CALCOLATE IN BASE ALLA DURATA DEI FLACONI APERTI tenendo presente il fabbisogno/anno in ml/gg per livello (utilizzo dal lunedì al venerdì ogni settimana)* | *PREZZO A CONFEZIONE DEL LISTINO VIGENTE (cifre e lettere)* | *PREZZO A CONFEZIONE OFFERTO (cifre e lettere)* | *PREZZO A ML OFFERTO* | *% I.V.A.* | *% DI SCONTO APPLICATA* |
| *n. 1 ARCHITECT – ABBOTT per i parametri elencati considerando n. 260 sedute/anno per cinque anni:* | HBsAg per parametro quantitativo(50 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti HBs (55 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti HBc (50 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti HCV (65 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti HIV-1(65 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti HIV-2(65 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | HIV- 1 Ag(65 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *n. 1 LIASON XL per i parametri elencati considerando n. 210 sedute/anno per cinque anni:* | Anticorpi anti Toxoplasma gondii IgG e IgM (35 ml/anno rispettivamente) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti virus della Rosolia IgG e IgM (35 ml/anno rispettivamente) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti Citomegalovirus umano IgG e IgM (35 ml/anno rispettivamente) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti Treponema pallidum (40 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti Epstein Barr virus VCA IgG e VCA IgM (35 ml/anno rispettivamente) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**IMPORTO TOTALE QUINQUENNALE CONTROLLI DI QUALITÀ COMPRENSORIO SANITARIO MERANO: €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (senza IVA)**

**\* se non presente CND riportare motivazione**

**\*\* se non è presente il numero di Repertorio indicare motivazione:**

 **es.:**

* **NO repertorio perché non costituisce dispositivo medico**
* **oppure NO repertorio e compilare la dichiarazione sostitutiva esonero numero repertorio**

**Fornitura quinquennale di controlli di qualità giornalieri per il dosaggio degli anticorpi per HIV 1/2 (Ag-Ab), Epatite A, B e C, EBV, complesso ToRCH e Treponema pallidum, con relativo gestionale per i Laboratori dell’Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano.**

**OFFERTA: PROT. N. ..............…… DEL ………… Ragione sociale: .....................................................**

**(La ditta dovrà inserire n. protocollo e data dell’offerta)**

***Comprensorio Sanitario di Merano - Laboratorio di Patologia Clinica di Merano:***

**SOFTWARE offerto:**

| *DESCRIZIONE* | *CODICE* | *PRODUTTORE* | *CODICE CND\** | *NR. DI REPERTORIO MINISTERIALE \*\** | *QUANTITÀ* | *IMPORTO QUINQUENNALE* | *% IVA* |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**IMPORTO TOTALE QUINQUENNALE SOFTWARE COMPRENSORIO SANITARIO DI MERANO: €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ senza IVA)**

**\* se non presente CND riportare motivazione**

**\*\* se non è presente il numero di Repertorio indicare motivazione:**

 **es.:**

* **NO repertorio perché non costituisce dispositivo medico**
* **oppure NO repertorio e compilare la dichiarazione sostitutiva esonero numero repertorio**

**Fornitura quinquennale di controlli di qualità giornalieri per il dosaggio degli anticorpi per HIV 1/2 (Ag-Ab), Epatite A, B e C, EBV, complesso ToRCH e Treponema pallidum, con relativo gestionale per i Laboratori dell’Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano.**

**OFFERTA: PROT. N. ..............…… DEL ………… Ragione sociale: .....................................................**

**(La ditta dovrà inserire n. protocollo e data dell’offerta)**

***Comprensorio Sanitario di Bressanone - Laboratorio di Patologia Clinica di Bressanone:***

**CONTROLLI DI QUALITÀ:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *APPARECCHIATURE* | *PARAMETRO* | *DESCRIZIONE PRODOTTO (NOME COMMERCIALE)* | *CODICE PRODOTTO* | *PRODUTTORE* | *CODICE CND\** | *nr. di**Repertorio ministeriale\*\** | *TIPO DI CONFEZIONAMENTO (NUMERO DI FLACONI A CONFEZIONE)* | *ML A FLACONE* | *NUMERO CONFEZIONI QUINQUENNALI OFFERTE**CALCOLATE IN BASE ALLA DURATA DEI FLACONI APERTI tenendo presente il fabbisogno/anno in ml/gg per livello (utilizzo dal lunedì al venerdì ogni settimana)* | *PREZZO A CONFEZIONE DEL LISTINO VIGENTE (cifre e lettere)* | *PREZZO A CONFEZIONE OFFERTO (cifre e lettere)* | *PREZZO A ML OFFERTO* | *% I.V.A.* | *% DI SCONTO APPLICATA* |
| *n. 1 ARCHITECT – ABBOTT per i parametri elencati considerando n. 260 sedute/anno per cinque anni:* | HBsAg per parametro quantitativo(50 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti HCV (65 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti HIV-1(65 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti HIV-2(65 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | HIV 1-Ag(65 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti HBs (52 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti HBc (50 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti Treponema pallidum (45 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti Toxoplasma gondii IgG e IgM (45 ml/anno rispettivamente) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti virus della Rosolia IgG e IgM (45 ml/anno rispettivamente) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Considerando n. 156 sedute/anno per cinque anni:* | Anticorpi anti Citomegalovirus umano IgG e IgM (28 ml/anno rispettivamente) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti Epstein Barr virus VCA IgG e VCA IgM (15 ml/anno rispettivamente) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**IMPORTO TOTALE QUINQUENNALE CONTROLLI DI QUALITÀ COMPRENSORIO SANITARIO BRESSANONE: €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (senza IVA)**

**\* se non presente CND riportare motivazione**

**\*\* se non è presente il numero di Repertorio indicare motivazione:**

 **es.:**

* **NO repertorio perché non costituisce dispositivo medico**
* **oppure NO repertorio e compilare la dichiarazione sostitutiva esonero numero repertorio**

**Fornitura quinquennale di controlli di qualità giornalieri per il dosaggio degli anticorpi per HIV 1/2 (Ag-Ab), Epatite A, B e C, EBV, complesso ToRCH e Treponema pallidum, con relativo gestionale per i Laboratori dell’Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano.**

**OFFERTA: PROT. N. ..............…… DEL ………… Ragione sociale: .....................................................**

**(La ditta dovrà inserire n. protocollo e data dell’offerta)**

***Comprensorio Sanitario di Bressanone - Laboratorio di Patologia Clinica di Bressanone:***

**SOFTWARE offerto:**

| *DESCRIZIONE* | *CODICE* | *PRODUTTORE* | *CODICE CND\** | *NR. DI REPERTORIO MINISTERIALE \*\** | *QUANTITÀ* | *IMPORTO QUINQUENNALE* | *% IVA* |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**IMPORTO TOTALE QUINQUENNALE SOFTWARE COMPRENSORIO SANITARIO BRESSANONE: €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ senza IVA)**

**\* se non presente CND riportare motivazione**

**\*\* se non è presente il numero di Repertorio indicare motivazione:**

 **es.:**

* **NO repertorio perché non costituisce dispositivo medico**
* **oppure NO repertorio e compilare la dichiarazione sostitutiva esonero numero repertorio**

**Fornitura quinquennale di controlli di qualità giornalieri per il dosaggio degli anticorpi per HIV 1/2 (Ag-Ab), Epatite A, B e C, EBV, complesso ToRCH e Treponema pallidum, con relativo gestionale per i Laboratori dell’Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano.**

**OFFERTA: PROT. N. ..............…… DEL ………… Ragione sociale: .....................................................**

**(La ditta dovrà inserire n. protocollo e data dell’offerta)**

***Comprensorio Sanitario di Brunico - Laboratorio di Patologia Clinica di Brunico:***

**CONTROLLI DI QUALITÀ:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *APPARECCHIATURE* | *PARAMETRO* | *DESCRIZIONE PRODOTTO (NOME COMMERCIALE)* | *CODICE PRODOTTO* | *PRODUTTORE* | *CODICE CND\** | *nr. di**Repertorio ministeriale\*\** | *TIPO DI CONFEZIONAMENTO (NUMERO DI FLACONI A CONFEZIONE)* | *ML A FLACONE* | *NUMERO CONFEZIONI QUINQUENNALI OFFERTE**CALCOLATE IN BASE ALLA DURATA DEI FLACONI APERTI tenendo presente il fabbisogno/anno in ml/gg per livello (utilizzo dal lunedì al venerdì ogni settimana)* | *PREZZO A CONFEZIONE DEL LISTINO VIGENTE (cifre e lettere)* | *PREZZO A CONFEZIONE OFFERTO (cifre e lettere)* | *PREZZO A ML OFFERTO* | *% I.V.A.* | *% DI SCONTO APPLICATA* |
| *n. 1 ROCHE Cobas 8000/c502e801 per i parametri elencati considerando n. 250 sedute/anno per cinque anni:* | HBsAg per parametro quantitativo(50 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti HBs (50 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti HBc (50 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti HCV (50 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti HIV-1(50 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti HIV-2(50 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | HIV 1-Ag(50 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti Toxoplasma gondii IgG e IgM (50 ml/anno rispettivamente) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti virus della Rosolia IgG e IgM (50 ml/anno rispettivamente) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anticorpi anti Treponema pallidum (50 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**IMPORTO TOTALE QUINQUENNALE CONTROLLI DI QUALITÀ COMPRENSORIO SANITARIO BRUNICO: €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (senza IVA)**

**SOFTWARE offerto:**

| *DESCRIZIONE* | *CODICE* | *PRODUTTORE* | *CODICE CND\** | *NR. DI REPERTORIO MINISTERIALE\*\** | *QUANTITÀ* | *IMPORTO QUINQUENNALE* | *% IVA* |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**IMPORTO TOTALE QUINQUENNALE SOFTWARE COMPRENSORIO SANITARIO DI BRUNICO: €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ senza IVA)**

**\* se non presente CND riportare motivazione**

**\*\* se non è presente il numero di Repertorio indicare motivazione:**

 **es.:**

* **NO repertorio perché non costituisce dispositivo medico**
* **oppure NO repertorio e compilare la dichiarazione sostitutiva esonero numero repertorio**

**Fünfjährige Lieferung von täglichen Qualitätskontrollen für die Antikörper-Dosierung von HIV 1/2 (Ag-Ak), Hepatitis A, B und C, EBV, des ToRCH-Komplexes und von Treponema pallidum, und der dazugehörigen Verwaltungssoftware an die Labors des Sanitätsbetriebes der Autonomen Provinz Bozen.**

**ANGEBOT: PROT. N. ..............…… vom ……… Firma....................................**

**(Die Firma muss die Protokollnummer und das Datum des Angebotes einfügen)**

***Gesundheitsbezirk Bozen - Betriebliches Labor für Mikrobiologie und Virologie:***

**Qualitätskontrollen:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *GERÄTE* | *PARAMETER* | *HANDELSNAME* | *PRODUKTKODEX* | *HERSTELLER* | *CND-Kodex\** | *Ministeriumsregisternr. \*\** | *VERPACKUNGSART (ANZAHL DER FLÄSCHEN PRO PACKUNG)* | *ML PRO FLÄSCHCHEN* | *ANZAHL DER fünfjährigen ANGEBOTENEN PACKUNGEN**BERECHNET AUF GRUND DER HALTBARKEIT DER GEÖFFNETEN FLÄSCHCHEN unter Berücksichtigung des angegebenen Bedarfes/Jahr in mL/Tag und pro Level (Verwendung von Montag bis Freitag, jede Woche)* | *PREIS PRO PACKUNG DES AKTUELLEN LISTENPREISES (Ziffern und Buchstaben)* | *ANGEBOTENER PREIS PRO PACKUNG (Ziffern und Buchstaben)* | *ANGEBOTENER PREIS PRO ML* | *% MwSt.* | *% ANGEWANDTER PROZENTSATZ DES RABATTES* |
| *Nr. 2 ARCHITECT – ABBOTT für die angeführten Parameter, unter Berücksichtigung von Nr. 520 Arbeitssitzungen/Jahr/Gerät, mit Ausnahme der Parameter anti-HBs und HAV IgG und IgM, für welche 315 Arbeitssitzungen/Jahr/Gerät und dem quantitativen HBsAg Parameter, für welchen 260 Arbeitssitzungen/Jahr, für fünf Jahre vorgesehen sind:* | HBsAg für die qualitative Bestimmung(152 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | HBsAg für die quantitative Bestimmung (76 ml/Jahr auf einem dafür geeigneten Instrument und deshalb mit einem nicht vergleichbaren Totvolumen) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti HBs Antikörper (92 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti HBc Antikörper (169 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti HCV Antikörper (115 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti HIV-1 Antikörper (169 ml/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti HIV-2 Antikörper (169 ml/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | HIV 1-Ag (169 ml/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti HAV IgG Antikörper (71 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti HAV IgM Antikörper (69 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Verdünnungslösung (wenn lieferbar) im Ausmaß von 20% der Gesamtvolumenmenge aller gelieferten Parameter |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Nr. 2 LIAISON XL – DIASORIN für die angeführten Parameter, unter Berücksichtigung von Nr. 260 Arbeitssitzungen/Jahr mit Ausnahme folgender Parameter, Anti Röteln-Virus IgG, Anti Toxoplasma gondii IgG und IgM, für welche 416 Arbeitssitzungen/Jahr, für fünf Jahre vorgesehen sind:* | Anti Toxoplasma gondii IgG und IgM Antikörper (92 bzw. 92 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti Röteln-Virus IgG und IgM Antikörper (92 bzw. 58 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti humanes Cytomegalievirus IgG und IgM Antikörper (58 bzw. 58 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti Treponema pallidum Antikörper (78 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti Herpes simplex Virus 1/2 IgG Antikörper (65 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti Epstein Barr virus VCA IgG, VCA IgM und Ebna IgG Antiköroper (jeweils 58 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Verdünnungslösung (wenn lieferbar) im Ausmaß von 20% der Gesamtvolumenmenge aller gelieferten Parameter |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**\* wenn CND nicht vorhanden, muss der Grund angegeben werden**

**\*\* wenn Ministeriumsregisternummer. nicht vorhanden, muss der Grund angegeben werden:**

**z.B.:**

**- Keine Ministeriumsregisternummer vorhanden, denn es sich nicht um medizinische Behelfe handelt**

**- oder keine Ministeriumsregisternummer vorhanden und den Vordruck „Ersatzerklärung Befreiung Rep. Nr.“ ausfüllen.**

**Fünfjährige Lieferung von täglichen Qualitätskontrollen für die Antikörper-Dosierung von HIV 1/2 (Ag-Ak), Hepatitis A, B und C, EBV, des ToRCH-Komplexes und von Treponema pallidum, und der dazugehörigen Verwaltungssoftware an die Labors des Sanitätsbetriebes der Autonomen Provinz Bozen.**

**ANGEBOT: PROT. N. ..............…… vom ……… Firma....................................**

**(Die Firma muss die Protokollnummer und das Datum des Angebotes einfügen)**

***Gesundheitsbezirk Bozen - Betrieblicher Dienst für Immunhämatologie und Bluttransfusion:***

**Qualitätskontrollen:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *GERÄTE* | *PARAMETER* | *HANDELSNAME* | *PRODUKTKODEX* | *HERSTELLER* | *CND-Kodex\** | *Ministeriumsregisternr. \*\** | *VERPACKUNGSART (ANZAHL DER FLÄSCHEN PRO PACKUNG)* | *ML PRO FLÄSCHCHEN* | *ANZAHL DER fünfjährigen ANGEBOTENEN PACKUNGEN**BERECHNET AUF GRUND DER HALTBARKEIT DER GEÖFFNETEN FLÄSCHCHEN unter Berücksichtigung des angegebenen Bedarfes/Jahr in mL/Tag und pro Level (Verwendung von Montag bis Freitag, jede Woche)* | *PREIS PRO PACKUNG DES AKTUELLEN LISTENPREISES (Ziffern und Buchstaben)* | *ANGEBOTENER PREIS PRO PACKUNG (Ziffern und Buchstaben)* | *ANGEBOTENER PREIS PRO ML* | *% MwSt.* | *% ANGEWANDTER PROZENTSATZ DES RABATTES* |
| *Nr. 2 ARCHITECT – ABBOTT für die angeführten Parameter unter Berücksichtigung von Nr. 260 Arbeitssitzungen/ Jahr für fünf Jahre:* | HBsAg für die qualitative Bestimmung(55 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti HCV Antikörper (55 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti HIV-1 Antikörper(55 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti HIV-2 Antikörper(55 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | HIV-Ag(55 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti humanes Cytomegalievirus IgG und IgM Antikörper (jeweils 30 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti Treponema pallidum Antikörper (55 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**FÜNFJÄHRIGER GESAMTBETRAG DER QUALITÄTSKONTROLLEN - GESUNDHEITSBEZIRK BOZEN: €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ohne MwSt.)**

**ANGEBOTENE SOFTWARE:**

| *BESCHREIBUNG* | *KODEX* | *HERSTELLER* | *CND-KODEX\** | *MINISTERIUMSREGISTER Nr.\*\** | *ANZAHL* | *FÜNFJÄHRIGER BETRAG* | *% MwSt.* |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**FÜNFJÄHRIGER GESAMTBETRAG DER SOFTWARE – GESUNDHEITSBEZIRK BOZEN: €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ohne MwSt.)**

**\* wenn CND nicht vorhanden, muss der Grund angegeben werden**

**\*\* wenn Ministeriumsregisternummer. nicht vorhanden, muss der Grund angegeben werden:**

**z.B.:**

**- Keine Ministeriumsregisternummer vorhanden, denn es sich nicht um medizinische Behelfe handelt**

**- oder keine Ministeriumsregisternummer vorhanden und den Vordruck „Ersatzerklärung Befreiung Rep. Nr.“ ausfüllen.**

**Fünfjährige Lieferung von täglichen Qualitätskontrollen für die Antikörper-Dosierung von HIV 1/2 (Ag-Ak), Hepatitis A, B und C, EBV, des ToRCH-Komplexes und von Treponema pallidum, und der dazugehörigen Verwaltungssoftware an die Labors des Sanitätsbetriebes der Autonomen Provinz Bozen.**

**ANGEBOT: PROT. N. ..............…… vom ………………. Firma....................................**

**(Die Firma muss die Protokollnummer und das Datum des Angebotes einfügen)**

***Gesundheitsbezirk Meran - Labor für klinische Pathologie Meran:***

**Qualitätskontrollen:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *GERÄTE* | *PARAMETER* | *HANDELSNAME* | *PRODUKTKODEX* | *HERSTELLER* | *CND-Kodex\** | *Ministeriumsregisternr. \*\** | *VERPACKUNGSART (ANZAHL DER FLÄSCHEN PRO PACKUNG)* | *ML PRO FLÄSCHCHEN* | *ANZAHL DER fünfjährigen ANGEBOTENEN PACKUNGEN**BERECHNET AUF GRUND DER HALTBARKEIT DER GEÖFFNETEN FLÄSCHCHEN unter Berücksichtigung des angegebenen Bedarfes/Jahr in mL/Tag und pro Level (Verwendung von Montag bis Freitag, jede Woche)* | *PREIS PRO PACKUNG DES AKTUELLEN LISTENPREISES (Ziffern und Buchstaben)* | *ANGEBOTENER PREIS PRO PACKUNG (Ziffern und Buchstaben)* | *ANGEBOTENER PREIS PRO ML* | *% MwSt.* | *% ANGEWANDTER PROZENTSATZ DES RABATTES* |
| *Nr. 1 ARCHITECT – ABBOTT für die angeführten Parameter unter Berücksichtigung von Nr. 260 Arbeitssitzungen/ Jahr für fünf Jahre:* | HBsAgfür die quantitative Bestimmung (50 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti HBs Antikörper (55 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti HBc Antikörper (50 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti HCV Antikörper (65 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti HIV-1 Antikörper(65 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti HIV-2 Antikörper(65 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | HIV 1-Ag(65 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Nr. 1 LIASON XL für die angeführten Parameter unter Berücksichtigung von Nr. 210 Arbeitssitzungen/ Jahr für fünf Jahre:* | Anti Toxoplasma gondii IgG und IgM Antikörper (jeweils 35 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti Röteln-Virus IgG und IgM Antikörper (jeweils 35 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti humanes Cytomegalievirus IgG und IgM Antikörper (jeweils 35 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti Treponema pallidum Antikörper (40 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti Epstein Barr virus VCA IgG und VCA IgM Antikörper (jeweils 35 ml/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**FÜNFJÄHRIGER GESAMTBETRAG DER QUALITÄTSKONTROLLEN - GESUNDHEITSBEZIRK MERAN: €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ohne MwSt.)**

**\* wenn CND nicht vorhanden, muss der Grund angegeben werden**

**\*\* wenn Ministeriumsregisternummer. nicht vorhanden, muss der Grund angegeben werden:**

**z.B.:**

**- Keine Ministeriumsregisternummer vorhanden, denn es sich nicht um medizinische Behelfe handelt**

**- oder keine Ministeriumsregisternummer vorhanden und den Vordruck „Ersatzerklärung Befreiung Rep. Nr.“ ausfüllen.**

**Fünfjährige Lieferung von täglichen Qualitätskontrollen für die Antikörper-Dosierung von HIV 1/2 (Ag-Ak), Hepatitis A, B und C, EBV, des ToRCH-Komplexes und von Treponema pallidum, und der dazugehörigen Verwaltungssoftware an die Labors des Sanitätsbetriebes der Autonomen Provinz Bozen.**

**ANGEBOT: PROT. N. ..............…… vom ………………. Firma....................................**

**(Die Firma muss die Protokollnummer und das Datum des Angebotes einfügen)**

***Gesundheitsbezirk Meran - Labor für klinische Pathologie Meran:***

**ANGEBOTENE SOFTWARE:**

| *BESCHREIBUNG* | *KODEX* | *HERSTELLER* | *CND-KODEX\** | *MINISTERIUMSREGISTER Nr.\*\** | *ANZAHL* | *FÜNFJÄHRIGER BETRAG* | *% MwSt.* |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**FÜNFJÄHRIGER GESAMTBETRAG DER SOFTWARE – GESUNDHEITSBEZIRK MERAN: €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ohne MwSt.)**

**\* wenn CND nicht vorhanden, muss der Grund angegeben werden**

**\*\* wenn Ministeriumsregisternummer. nicht vorhanden, muss der Grund angegeben werden:**

**z.B.:**

**- Keine Ministeriumsregisternummer vorhanden, denn es sich nicht um medizinische Behelfe handelt**

**- oder keine Ministeriumsregisternummer vorhanden und den Vordruck „Ersatzerklärung Befreiung Rep. Nr.“ ausfüllen.**

**Fünfjährige Lieferung von täglichen Qualitätskontrollen für die Antikörper-Dosierung von HIV 1/2 (Ag-Ak), Hepatitis A, B und C, EBV, des ToRCH-Komplexes und von Treponema pallidum, und der dazugehörigen Verwaltungssoftware an die Labors des Sanitätsbetriebes der Autonomen Provinz Bozen.**

**ANGEBOT: PROT. N. ..............…… vom ……………… Firma....................................**

**(Die Firma muss die Protokollnummer und das Datum des Angebotes einfügen)**

***Gesundheitsbezirk Brixen - Labor für klinische Pathologie Brixen:***

**Qualitätskontrollen:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *GERÄTE* | *PARAMETER* | *HANDELSNAME* | *PRODUKTKODEX* | *HERSTELLER* | *CND-Kodex\** | *Ministeriumsregisternr. \*\** | *VERPACKUNGSART (ANZAHL DER FLÄSCHEN PRO PACKUNG)* | *ML PRO FLÄSCHCHEN* | *ANZAHL DER fünfjährigen ANGEBOTENEN PACKUNGEN**BERECHNET AUF GRUND DER HALTBARKEIT DER GEÖFFNETEN FLÄSCHCHEN unter Berücksichtigung des angegebenen Bedarfes/Jahr in mL/Tag und pro Level (Verwendung von Montag bis Freitag, jede Woche)* | *PREIS PRO PACKUNG DES AKTUELLEN LISTENPREISES (Ziffern und Buchstaben)* | *ANGEBOTENER PREIS PRO PACKUNG (Ziffern und Buchstaben)* | *ANGEBOTENER PREIS PRO ML* | *% MwSt.* | *% ANGEWANDTER PROZENTSATZ DES RABATTES* |
| *Nr. 1 ARCHITECT – ABBOTT für die angeführten Parameter unter Berücksichtigung von Nr. 260 Arbeitssitzungen/ Jahr für fünf Jahre:* | HBsAg für die quantitative Bestimmung(50 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti HCV Antikörper (65 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti HIV-1 Antikörper(65 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti HIV-2 Antikörper(65 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | HIV 1-Ag(65 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti HBs Antikörper (52 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti HBc Antikörper (50 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti Treponema pallidum Antikörper (45 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti Toxoplasma gondii IgG und IgM  (jeweils 45 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti Röteln-Virus IgG e IgM Antikörper (jeweils 45 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Unter Berücksichtigung von Nr. 156 Arbeitssitzungen/ Jahr für fünf Jahre:* | Anti humanes Cytomegalievirus IgG und IgM (jeweils 28 ml/anno) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti Epstein Barr virus VCA IgG und VCA IgM Antikörper (jeweils 15 ml/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**FÜNFJÄHRIGER GESAMTBETRAG DER QUALITÄTSKONTROLLEN - GESUNDHEITSBEZIRK BRIXEN: €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ohne MwSt.)**

**\* wenn CND nicht vorhanden, muss der Grund angegeben werden**

**\*\* wenn Ministeriumsregisternummer. nicht vorhanden, muss der Grund angegeben werden:**

**z.B.:**

**- Keine Ministeriumsregisternummer vorhanden, denn es sich nicht um medizinische Behelfe handelt**

**- oder keine Ministeriumsregisternummer vorhanden und den Vordruck „Ersatzerklärung Befreiung Rep. Nr.“ ausfüllen.**

**Fünfjährige Lieferung von täglichen Qualitätskontrollen für die Antikörper-Dosierung von HIV 1/2 (Ag-Ak), Hepatitis A, B und C, EBV, des ToRCH-Komplexes und von Treponema pallidum, und der dazugehörigen Verwaltungssoftware an die Labors des Sanitätsbetriebes der Autonomen Provinz Bozen.**

**ANGEBOT: PROT. N. ..............…… vom ……………… Firma....................................**

**(Die Firma muss die Protokollnummer und das Datum des Angebotes einfügen)**

***Gesundheitsbezirk Brixen - Labor für klinische Pathologie Brixen:***

**ANGEBOTENE SOFTWARE:**

| *BESCHREIBUNG* | *KODEX* | *HERSTELLER* | *CND-KODEX\** | *MINISTERIUMSREGISTER Nr.\*\** | *ANZAHL* | *FÜNFJÄHRIGER BETRAG* | *% MwSt.* |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**FÜNFJÄHRIGER GESAMTBETRAG DER SOFTWARE – GESUNDHEITSBEZIRK BRIXEN: €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ohne MwSt.)**

**\* wenn CND nicht vorhanden, muss der Grund angegeben werden**

**\*\* wenn Ministeriumsregisternummer. nicht vorhanden, muss der Grund angegeben werden:**

**z.B.:**

**- Keine Ministeriumsregisternummer vorhanden, denn es sich nicht um medizinische Behelfe handelt**

**- oder keine Ministeriumsregisternummer vorhanden und den Vordruck „Ersatzerklärung Befreiung Rep. Nr.“ ausfüllen.**

**Fünfjährige Lieferung von täglichen Qualitätskontrollen für die Antikörper-Dosierung von HIV 1/2 (Ag-Ak), Hepatitis A, B und C, EBV, des ToRCH-Komplexes und von Treponema pallidum, und der dazugehörigen Verwaltungssoftware an die Labors des Sanitätsbetriebes der Autonomen Provinz Bozen.**

**ANGEBOT: PROT. N. ..............…… vom …..….. Firma....................................**

**(Die Firma muss die Protokollnummer und das Datum des Angebotes einfügen)**

***Gesundheitsbezirk Bruneck - Labor für klinische Pathologie Bruneck:***

**Qualitätskontrollen:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *GERÄTE* | *PARAMETER* | *HANDELSNAME* | *PRODUKTKODEX* | *HERSTELLER* | *CND-Kodex\** | *Ministeriumsregisternr. \*\** | *VERPACKUNGSART (ANZAHL DER FLÄSCHEN PRO PACKUNG)* | *ML PRO FLÄSCHCHEN* | *ANZAHL DER fünfjährigen ANGEBOTENEN PACKUNGEN**BERECHNET AUF GRUND DER HALTBARKEIT DER GEÖFFNETEN FLÄSCHCHEN unter Berücksichtigung des angegebenen Bedarfes/Jahr in mL/Tag und pro Level (Verwendung von Montag bis Freitag, jede Woche)* | *PREIS PRO PACKUNG DES AKTUELLEN LISTENPREISES (Ziffern und Buchstaben)* | *ANGEBOTENER PREIS PRO PACKUNG (Ziffern und Buchstaben)* | *ANGEBOTENER PREIS PRO ML* | *% MwSt.* | *% ANGEWANDTER PROZENTSATZ DES RABATTES* |
| *Nr. 1 Roche Cobas 8000/c502e801 für die angeführten Parameter unter Berücksichtigung von Nr. 250 Arbeitssitzungen/ Jahr für fünf Jahre:* | HBsAg für die quantitative Bestimmung(50 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti HBs Antikörper (50 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti HBc Antikörper (50 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti HCV Antikörper (50 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti HIV-1 Antikörper(50 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti HIV-2 Antikörper(50 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | HIV 1-Ag(50 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti Toxoplasma gondii IgG und IgM Antikörper (jeweils 50 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti Röteln-Virus IgG und IgM Antikörper (jeweils 50 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Anti Treponema pallidum Antikörper (50 mL/Jahr) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**FÜNFJÄHRIGER GESAMTBETRAG DER QUALITÄTSKONTROLLEN - GESUNDHEITSBEZIRK BRUNECK: €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ohne MwSt.)**

**ANGEBOTENE SOFTWARE:**

| *BESCHREIBUNG* | *KODEX* | *HERSTELLER* | *CND-KODEX\** | *MINISTERIUMSREGISTER Nr.\*\** | *ANZAHL* | *FÜNFJÄHRIGER BETRAG* | *% MwSt.* |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**FÜNFJÄHRIGER GESAMTBETRAG DER SOFTWARE – GESUNDHEITSBEZIRK BRUNECK: €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ohne MwSt.)**

**\* wenn CND nicht vorhanden, muss der Grund angegeben werden**

**\*\* wenn Ministeriumsregisternummer. nicht vorhanden, muss der Grund angegeben werden:**

**z.B.:**

**- Keine Ministeriumsregisternummer vorhanden, denn es sich nicht um medizinische Behelfe handelt**

**- oder keine Ministeriumsregisternummer vorhanden und den Vordruck „Ersatzerklärung Befreiung Rep. Nr.“ ausfüllen**