|  |  |
| --- | --- |
| **Zweijährige Lieferung von diagnostischen Reagenzien, mit Leihgeräten (full risk), PC, Tastatur, Drucker, Datenerfassungssystem (z.B. Barcode-Lesegerät) und ev. Verwaltungssoftware für die Durchführung infektionsserologischer Analysen mittels Chemilumineszenz, Immunoassay auf Mikrotiterplatte, Turbidimetrie/Kolorimetrie und IFA an das Betriebliche Labor für Mikrobiologie und Virologie Bozen /Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen.** | **Fornitura biennale al Laboratorio Aziendale di Microbiologia e Virologia del Comprensorio Sanitario di Bolzano/Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano di reattivi diagnostici, con noleggio di apparecchiature (full risk), PC, tastiere, stampanti, sistemi d’acquisizione informazioni (tipo lettori barcode) ed eventuali software gestionali per l’esecuzione di esami siero-infettivologici, con metodiche in chemiluminescenza, immunoenzimatica su micro-piastra, turbidimetria/colorimetria e IFA.** |
| **INTERESSENBEKUNDUNG** | **MANIFESTAZIONE DI INTERESSE** |

|  |  |
| --- | --- |
| * **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**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **bekundet Ihr Interesse** an dem Ankaufsverfahren für die zweijährige Lieferung von diagnostischen Reagenzien, mit Leihgeräten (full risk), PC, Tastatur, Drucker, Datenerfassungssystem (z.B. Barcode-Lesegerät) und ev. Verwaltungssoftware für die Durchführung infektionsserologischer Analysen mittels Chemilumineszenz, Immunoassay auf Mikrotiterplatte, Turbidimetrie/Kolorimetrie und IFA an das Betriebliche Labor für Mikrobiologie und Virologie Bozen (Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen)“ teilzunehmen **und übermittelt einen entsprechenden verbindlichen Kostenvoranschlag, sowie ein technisches Datenblatt**. | **manifesta il proprio interesse** alla partecipazione alla procedura di acquisto della fornitura biennale al Laboratorio Aziendale di Microbiologia e Virologia del Comprensorio Sanitario di Bolzano (Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano) di reattivi diagnostici, con noleggio di apparecchiature (full risk), PC, tastiere, stampanti, sistemi d’acquisizione informazioni (tipo lettori barcode) ed eventuali software gestionali per l’esecuzione di esami siero-infettivologici, con metodiche in chemiluminescenza, immunoenzimatica su micro-piastra, turbidimetria/colorimetria e IFA **e invia un preventivo vincolante, nonchè la scheda tecnica**. |

**Fornitura biennale al Laboratorio Aziendale di Microbiologia e Virologia del Comprensorio Sanitario di Bolzano/Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano di reattivi diagnostici, con noleggio di apparecchiature (full risk), PC, tastiere, stampanti, sistemi d’acquisizione informazioni (tipo lettori barcode) ed eventuali software gestionali per l’esecuzione di esami siero-infettivologici, con metodiche in chemiluminescenza, immunoenzimatica su micro-piastra, turbidimetria/colorimetria e IFA.**

**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:***

**REAGENTI:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| voce di riferimento test | numero test biennali richiesti | nome commerciale | codice prodotto | tipo di confezionamento | produttore | codice CND\* | nr. di Repertorio ministeriale\*\* | numero test a confezione | prezzo a confezione del listino vigente  (cifre e lettere) | prezzo a confezione offerto  **(cifre e lettere)** | **% IVA** | **% di sconto**  **applicata** | **numero confezioni biennali offerte** |
| 1) | 1400 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2) | 1400 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3) | 1600 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4) | 1200 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5) | 400 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6) | 400 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7) | 800 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8) | 800 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9) | 400 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10) | 400 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11) | 400 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12) | 160 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13) | 400 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14) | 1000 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15) | 600 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16) | 600 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17) | 7000 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**IMPORTO TOTALE biennale per REAGENTI Comprensorio Sanitario 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 biennale al Laboratorio Aziendale di Microbiologia e Virologia del Comprensorio Sanitario di Bolzano/Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano di reattivi diagnostici, con noleggio di apparecchiature (full risk), PC, tastiere, stampanti, sistemi d’acquisizione informazioni (tipo lettori barcode) ed eventuali software gestionali per l’esecuzione di esami siero-infettivologici, con metodiche in chemiluminescenza, immunoenzimatica su micro-piastra, turbidimetria/colorimetria e IFA.**

**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, calibratori e materiale di consumo:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| nome commerciale | codice prodotto | tipo di confezionamento | produttore | codice CND\* | nr. di Repertorio ministeriale\*\* | numero test a confezione | prezzo a confezione del listino vigente  (cifre e lettere) | prezzo a confezione offerto  **(cifre e lettere)** | **% IVA** | **% di sconto**  **applicata** | **numero confezioni biennali offerte** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**IMPORTO TOTALE biennale per controlli calibratori e materiale di consumo Comprensorio Sanitario 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 biennale al Laboratorio Aziendale di Microbiologia e Virologia del Comprensorio Sanitario di Bolzano/Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano di reattivi diagnostici, con noleggio di apparecchiature (full risk), PC, tastiere, stampanti, sistemi d’acquisizione informazioni (tipo lettori barcode) ed eventuali software gestionali per l’esecuzione di esami siero-infettivologici, con metodiche in chemiluminescenza, immunoenzimatica su micro-piastra, turbidimetria/colorimetria e IFA.**

**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:***

**Apparecchiature con relativo software offerto:**

| Descrizione | codice | produttore | Valore commerciale | codice CND\* | nr. di Repertorio ministeriale\*\* | quantità | IMPORTO biennale | **% IVA** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**IMPORTO TOTALE biennale per apparecchiature con relativo software Comprensorio Sanitario 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**

**Zweijährige Lieferung von diagnostischen Reagenzien, mit Leihgeräten (full risk), PC, Tastatur, Drucker, Datenerfassungssystem (z.B. Barcode-Lesegerät) und ev. Verwaltungssoftware für die Durchführung infektionsserologischer Analysen mittels Chemilumineszenz, Immunoassay auf Mikrotiterplatte, Turbidimetrie/Kolorimetrie und IFA an das Betriebliche Labor für Mikrobiologie und Virologie Bozen /Sanitätsbetrieb 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:***

**REAGENZIEN:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bezugs- buchstabe der Teste | Zweijährige Anzahl der Teste | Handelsname | Produkt-  kodex | Ver-  packungsart | Hersteller | CND-Kodex\* | Ministeriumsregister Nr. \*\* | Anzahl der Teste pro Packung | Preis pro Packung des aktuellen Listenpreises  (Ziffern und Buchstaben) | Angebotener Preis pro Packung  (Ziffern und Buchstaben) | **% MwSt.** | **% Ange-wandter Prozent- satz des Rabattes** | **Zweijährige Anzahl der angebotenen Packungen** |
| 1) | 1400 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2) | 1400 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3) | 1600 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4) | 1200 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5) | 400 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6) | 400 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7) | 800 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8) | 800 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9) | 400 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10) | 400 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11) | 400 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12) | 160 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13) | 400 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14) | 1000 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15) | 600 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16) | 600 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17) | 7000 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Zweijähriger GESAMTBETRAG DER REAGENZIEN 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.**

**Zweijährige Lieferung von diagnostischen Reagenzien, mit Leihgeräten (full risk), PC, Tastatur, Drucker, Datenerfassungssystem (z.B. Barcode-Lesegerät) und ev. Verwaltungssoftware für die Durchführung infektionsserologischer Analysen mittels Chemilumineszenz, Immunoassay auf Mikrotiterplatte, Turbidimetrie/Kolorimetrie und IFA an das Betriebliche Labor für Mikrobiologie und Virologie Bozen /Sanitätsbetrieb 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:***

**Kontrollen, Kalibratoren und Verbrauchsmaterial:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Handelsname | Produkt-  kodex | Ver-  packungsart | Hersteller | CND-Kodex\* | Ministeriumsregister Nr. \*\* | Anzahl der Teste pro Packung | Preis pro Packung des aktuellen Listenpreises  (Ziffern und Buchstaben) | Angebotener Preis pro Packung  (Ziffern und Buchstaben) | **% MwSt.** | **% Ange-wandter Prozent- satz des Rabattes** | **Zweijährige Anzahl der angebotenen Packungen** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Zweijähriger GESAMTBETRAG der Kontrollen, Kalibratoren und Verbrauchsmaterial für den 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.**

**Zweijährige Lieferung von diagnostischen Reagenzien, mit Leihgeräten (full risk), PC, Tastatur, Drucker, Datenerfassungssystem (z.B. Barcode-Lesegerät) und ev. Verwaltungssoftware für die Durchführung infektionsserologischer Analysen mittels Chemilumineszenz, Immunoassay auf Mikrotiterplatte, Turbidimetrie/Kolorimetrie und IFA an das Betriebliche Labor für Mikrobiologie und Virologie Bozen /Sanitätsbetrieb 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:***

**ANGEBOTENE GERÄTE MIT DIESBEZÜGLICHER SOFTWARE:**

| Beschreibung | Kodex | Hersteller | Marktwert | CND-Kodex\* | Ministeriumsregister Nr.\*\* | Anzahl | Zweijähriger Betrag | **% MwSt.** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ZWEIJÄHRIGER GESAMTBETRAG DER GERÄTE MIT DIESBEZÜGLICHER SOFTWARE FÜR DEN 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.**