**Questionario - SIGMA**

**Servizi integrati per la gestione e la manutenzione delle apparecchiature biomediche**

Dati dell’Azienda e del Referente aziendale

|  |
| --- |
| Anagrafica Azienda |
| Denominazione  |  Fare clic qui per immettere testo. |
| C.F. |  Fare clic qui per immettere testo. |
| P. IVA |  Fare clic qui per immettere testo. |
| Sede Legale | Fare clic qui per immettere testo. |
| Sede Operativa |  Fare clic qui per immettere testo. |
| Telefono |  Fare clic qui per immettere testo. |
| e-mail |  Fare clic qui per immettere testo. |
| PEC |  Fare clic qui per immettere testo. |

|  |
| --- |
| Referente aziendale (per la presente consultazione) |
| Nome |  Fare clic qui per immettere testo. |
| Cognome |  Fare clic qui per immettere testo. |
| Posizione ricoperta in azienda | Fare clic qui per immettere testo. |
| Recapito telefonico |  Fare clic qui per immettere testo. |
| e-mail | Fare clic qui per immettere testo. |

**Domande**

1. Indicare l’ambito geografico in cui opera la vostra Azienda (Selezionare una delle opzioni disponibili).

**Risposta:**

* [ ] Locale/Regionale
* [ ] Nazionale
* [ ] Internazionale
1. La Vostra Azienda è già operante nell’ambito territoriale della Regione Campania? (Selezionare una delle opzioni disponibili).

**Risposta:**

* [ ] Sì
* [ ] No
1. Fornire una breve descrizione dell’Azienda, specificando, in particolare, il *core business*, la dimensione (PMI, grande impresa ecc.), il CCNL applicato, il numero di dipendenti, ecc.

**Risposta:**

|  |
| --- |
|  |

1. Indicare le iscrizioni ai registri professionali, le abilitazioni professionali, le certificazioni di processo/prodotto e qualunque altro requisito di capacità tecnica in capo all’azienda.

**Risposta:**

|  |
| --- |
|  |

1. Indicare l’ultimo fatturato globale disponibile dell’azienda.

**Risposta:**

* **Anno:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Fatturato globale:** € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. Indicare il numero e l’importo dei contratti per la prestazione di servizi analoghi a quelli oggetto di S.I.G.M.A. eseguiti nell’ultimo triennio.

**Risposta:**

* **2021:** n.ro contratti \_\_\_\_\_; Importo € \_\_\_\_\_\_\_\_
* **2022:** n.ro contratti \_\_\_\_\_; Importo €\_\_\_\_\_\_\_\_
* **2023:** n.ro contratti \_\_\_\_\_; Importo €\_\_\_\_\_\_\_\_
1. Specificare i contratti più rilevanti aventi ad oggetto servizi analoghi alla gestione e manutenzione delle apparecchiature biomediche stipulati nell’ultimo triennio con Strutture Sanitarie (pubbliche e private).

**Risposta:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Denominazione Struttura Sanitaria** | **Durata contratto**(in anni) | **Importo complessivo**(in €, Iva esclusa) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Se si è già fornitori di servizi analoghi presso enti sanitari pubblici, indicare le principali criticità riscontrate, se esistenti, nella gestione dei rapporti contrattuali con le rispettive amministrazioni.

**Risposta:**

|  |
| --- |
|  |

1. Con riferimento ai principali servizi che, potenzialmente, si prevede di appaltare con la procedura in argomento, indicare se gli stessi saranno svolti in proprio e/o affidati in subappalto (barrare le caselle pertinenti)

**Risposta:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Servizio** | **In proprio** | **Subappalto parziale** | **Subappalto totale** |
| Verifica, aggiornamento inventariale, gestione con sistema informativo | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Call center | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Manutenzione preventiva programmata | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Manutenzione correttiva su guasto | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Verifiche di sicurezza elettrica, controlli funzionali, tarature e controlli di qualità; | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Verifiche delle non conformità | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Fornitura pezzi di ricambio | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Programmi di dismissione | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

1. Con riferimento alle risposte fornite alla domanda precedente, in caso di subappalto parziale, specificare quali attività verrebbero svolte in proprio e quali affidate a terzi:

**Risposta:**

|  |
| --- |
|  |

1. Con riferimento ai servizi ipotizzati alla domanda sub 9), descrivere ulteriori prestazioni, rispetto a quelle indicate, che si ritiene opportuno prevedere in gara, anche alla luce di quanto previsto a riguardo in gare analoghe bandite da altre Amministrazioni Sanitarie e/o Centrali di Committenza

**Risposta**

|  |
| --- |
|  |

1. Con riferimento ai servizi ipotizzati alla domanda sub 9), descrivere ulteriori prestazioni, rispetto a quelle indicate, che la vostra azienda è in grado di offrire in merito alla gestione e manutenzione delle apparecchiature biomediche

**Risposta:**

|  |
| --- |
|  |

1. Indicare quali sono gli aspetti di maggiore rilevanza che potrebbero costituire elemento di valutazione qualitativa dell’offerta tecnica

**Risposta:**

|  |
| --- |
|  |

1. La vostra Azienda ha partecipato alla precedente edizione della gara S.I.G.M.A. bandita da So.Re.Sa. nel 2017? (Selezionare una delle opzioni disponibili)

**Risposta:**

* [ ] Sì
* [ ] No

In caso di risposta negativa motivare la vostra scelta.

|  |
| --- |
|  |

1. La vostra azienda sarebbe interessata a partecipare ad una futura procedura di gara per l’affidamento dei servizi integrati per la gestione e la manutenzione delle apparecchiature biomediche delle Aziende Sanitarie del S.S.R. della Regione Campania? (Selezionare una delle opzioni disponibili)

**Risposta:**

* [ ]  Sì
* [ ] No

In caso affermativo indicare la possibile forma di partecipazione (impresa singola, RTI, Consorzio, rete d’impresa, ecc.); in caso di risposta negativa motivare la scelta.

|  |
| --- |
|  |

1. In caso di interesse alla partecipazione, indicare la tipologia di azienda sanitaria che la vostra impresa sarebbe in grado di servire.

**Risposta:**

* [ ]  Azienda Sanitaria Locale
* [ ] Azienda Ospedaliera (AO, AORN) / Azienda Ospedaliera Universitaria (AOU)
* [ ]  Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)
* [ ]  Tutte le precedenti
1. In caso di interesse alla partecipazione, indicare quante aziende sanitarie la vostra impresa sarebbe in grado di servire contemporaneamente
* [ ]  Una sola azienda
* [ ]  Fino ad un massimo di due
* [ ]  Fino ad un massimo di quattro
* [ ]  Oltre quattro
1. Indicare eventuali, sintetiche, osservazioni/suggerimenti che si ritiene utile proporre in vista della attivazione dell’iniziativa di gara:

|  |
| --- |
|  |