Avviso di consultazione preliminare del mercato per la fornitura di

tavoli operatori

Premesse

Si rappresenta che So.Re.Sa. Spa ha in programma l’espletamento di una procedura di gara per la fornitura di “***Tavoli operatori***” destinati alle Aziende Sanitarie della Regione Campania.

Al fine di addivenire ad una compiuta definizione della suddetta iniziativa di gara, appare opportuno acquisire, ai sensi dell’art. 66 del D. Lgs.50/2016 e della linea Guida ANAC n. 14, elementi valutativi da parte dei soggetti di riferimento del mercato che potranno rivelarsi utili nella progettazione dell’iniziativa.

Di seguito si riportano gli obiettivi che, con la presente indagine, la Stazione Appaltante si ripromette di conseguire:

* portare a conoscenza delle imprese del settore l’iniziativa di gara, al fine di conseguire la più ampia partecipazione dei soggetti interessati;
* acquisire informazioni sul mercato di riferimento dei produttori dei beni di che trattasi;
* consentire ai soggetti interessati di proporre osservazioni e suggerimenti ritenuti utili per la Stazione Appaltante in vista della preparazione della gara.

Si precisa che il presente avviso costituisce una mera consultazione del mercato finalizzata alla ricerca di operatori in grado di erogare la fornitura in oggetto e, pertanto, So.Re.Sa. si riserva di non procedere ad una successiva procedura di selezione. Tale fase non deve, pertanto, ingenerare negli operatori alcun affidamento sulla successiva partecipazione alla procedura di selezione. So.Re.Sa., inoltre, si riserva di interrompere in qualsiasi momento, per ragioni di sua esclusiva competenza, la presente indagine di mercato. In tal caso i soggetti che manifestino il loro interesse non potranno vantare alcuna pretesa.

Trattamento dei dati personali

Si precisa che, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, del nuovo regolamento GDPR n. 2016/679 e D.Lgs. n.101/2018, i dati raccolti saranno trattati esclusivamente per le finalità indicate nel presente avviso.

L’invio del documento implica il consenso al trattamento dei dati forniti.

Modalità di presentazione

Il questionario di partecipazione, unitamente alle schede tecniche allegate relative a ciascun prodotto, dovrà pervenire **entro le ore 12:00 del giorno 20.09.2019** all’indirizzo **pec: ufficiogare@pec.soresa.it** indicando come oggetto “Consultazione preliminare del mercato\_Tavoli operatori”.

Non saranno prese in considerazione le istanze inviate in modo difforme da quello prescritto nel presente Avviso e presentate oltre la scadenza del suddetto termine, anche se sostitutive o aggiuntive a quelle precedenti. È ammessa istanza successiva, purché entro il termine di scadenza, a sostituzione della precedente.

Breve descrizione dell’iniziativa

So.Re.Sa. Spa intende avviare una consultazione preliminare di mercato finalizzata a raccogliere informazioni per l’acquisizione di Tavoli Operatori.

A tal fine si ritiene opportuno consultare gli Operatori Economici del mercato di riferimento dai quali acquisire informazioni utili alla migliore definizione della procedura e dei relativi atti di gara. In particolare, si ritiene utile acquisire le informazioni relative alle domande di seguito riportate.

***Questionario***

***Tavoli operatori***

Dati dell’Azienda e del Referente aziendale

|  |  |
| --- | --- |
| Anagrafica Azienda | |
| Denominazione |  |
| C.F. |  |
| P. IVA |  |
| Sede Legale |  |
| Sede Operativa |  |
| Telefono |  |
| e-mail |  |
| PEC |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Referente aziendale  (per la presente consultazione) | |
| Nome |  |
| Cognome |  |
| Posizione ricoperta in azienda |  |
| Recapito telefonico |  |
| e-mail |  |

Domande

* + - 1. Fornire una breve descrizione dell’Azienda, specificando i principali settori di mercato in cui è specializzata.

1. Breve descrizione dei prodotti commercializzati in merito all’oggetto del presente questionario distinguendoli per destinazione d’uso (es. tavolo operatorio per Chirurgia Generale, per Ortopedia/ Traumatologia, per Cardiochirurgia, per Chirurgia Vascolare, per Ostetricia/Ginecologia, per Urologia/Nefrologia, per Orl/Maxillofacciale, per Neurochirurgia, altro)

1. Breve descrizione sull’organizzazione e modalità di conduzione del servizio di manutenzione per i beni oggetto della presente iniziativa

4. Per ciascuna tipologia di prodotto, indicare i requisiti minimi ritenuti indispensabili per caratterizzare le diverse componenti, con riferimento alle diverse destinazioni d’uso degli stessi:

**a) Tavolo operatorio per Chirurgia Generale**

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicazione d’uso:** | |
| **Modello e Marca:** | |
| **Allestimento:** | **Descrizione:** |
| **Colonna** |  |
| **Piano portapaziente** |  |
| **Carrello** |  |
| **Accessori specifici per destinazione d’uso** |  |
| **Altra tipologia di accessori** |  |
| **Altro** |  |

**b) Tavolo operatorio per Ortopedia/ Traumatologia**

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicazione d’uso:** | |
| **Modello e Marca:** | |
| **Allestimento:** | **Descrizione:** |
| **Colonna** |  |
| **Piano portapaziente** |  |
| **Carrello** |  |
| **Accessori specifici per destinazione d’uso** |  |
| **Altra tipologia di accessori** |  |
| **Altro** |  |

c) **Tavolo operatorio per Cardiochirurgia**

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicazione d’uso:** | |
| **Modello e Marca:** | |
| **Allestimento:** | **Descrizione:** |
| **Colonna** |  |
| **Piano portapaziente** |  |
| **Carrello** |  |
| **Accessori specifici per destinazione d’uso** |  |
| **Altra tipologia di accessori** |  |
| **Altro** |  |

**d) Tavolo operatorio per Chirurgia Vascolare**

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicazione d’uso:** | |
| **Modello e Marca:** | |
| **Allestimento:** | **Descrizione:** |
| **Colonna** |  |
| **Piano portapaziente** |  |
| **Carrello** |  |
| **Accessori specifici per destinazione d’uso** |  |
| **Altra tipologia di accessori** |  |
| **Altro** |  |

**e) Tavolo operatorio per Ostetricia/Ginecologia**

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicazione d’uso:** | |
| **Modello e Marca:** | |
| **Allestimento:** | **Descrizione:** |
| **Colonna** |  |
| **Piano portapaziente** |  |
| **Carrello** |  |
| **Accessori specifici per destinazione d’uso** |  |
| **Altra tipologia di accessori** |  |
| **Altro** |  |

**f) Tavolo operatorio per Urologia/Nefrologia**

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicazione d’uso:** | |
| **Modello e Marca:** | |
| **Allestimento:** | **Descrizione:** |
| **Colonna** |  |
| **Piano portapaziente** |  |
| **Carrello** |  |
| **Accessori specifici per destinazione d’uso** |  |
| **Altra tipologia di accessori** |  |
| **Altro** |  |

**g) Tavolo operatorio per Orl Maxillo Facciale**

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicazione d’uso:** | |
| **Modello e Marca:** | |
| **Allestimento** | **Descrizione:** |
| **Colonna** |  |
| **Piano portapaziente** |  |
| **Carrello** |  |
| **Accessori specifici per destinazione d’uso** |  |
| **Altra tipologia di accessori** |  |
| **Altro** |  |

**h) Tavolo operatorio per Neurochirurgia**

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicazione d’uso:** | |
| **Modello e Marca:** | |
| **Allestimento:** | **Descrizione:** |
| **Colonna** |  |
| **Piano portapaziente** |  |
| **Carrello** |  |
| **Accessori specifici per destinazione d’uso** |  |
| **Altra tipologia di accessori** |  |
| **Altro** |  |

**i) Tavolo operatorio per altra destinazione d’uso**

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicazione d’uso:** | |
| **Modello e Marca:** | |
| **Allestimento:** | **Descrizione:** |
| **Colonna** |  |
| **Piano portapaziente** |  |
| **Carrello** |  |
| **Accessori specifici per destinazione d’uso** |  |
| **Altra tipologia di accessori** |  |
| **Altro** |  |

N.B. L’Operatore economico potrà allegare, per ciascuna tipologia di apparecchiature/software/dispositivo di cui sopra, schede tecniche/brochure/depliant.

1. Indicare la modalità di aggiudicazione (es. accordo quadro, procedura aperta) e modalità di acquisizione (es. noleggio, proprietà) che si ritengono maggiormente idonee a tale fornitura complete di motivazione.

1. Quale è il numero minimo garantito mensile di apparecchiature che la Vostra Azienda potrà consegnare per ciascuna tipologia di apparecchiatura?

|  |  |
| --- | --- |
| Tipologia | Capacità di consegna mensile minima garantita |
| Chirurgia Generale |  |
| Ortopedia/Traumatologia |  |
| Cardiochirurgia |  |
| Chirurgia Vascolare |  |
| Ostetricia/Ginecologia |  |
| Urologia/Nefrologia |  |
| ORL e Maxillo Facciale |  |
| Neurochirurgia |  |
| Altro (indicare) |  |

7. Indicare, relativamente alla componente qualità per le diverse tipologie di prodotto, nel caso di aggiudicazione con il criterio dell’offerta economicamente più vantaggiosa, i parametri che si ritiene possano essere maggiormente qualificanti.

1. Fornire le seguenti informazioni relativamente alle gare per la Pubblica Amministrazione:
2. Indicare se si è già fornitori di prodotti analoghi a quelli oggetto della presente iniziativa presso Enti Sanitari pubblici e/o Centrali di Acquisto. In caso affermativo, indicare le principali criticità riscontrate, se esistenti, nei rapporti contrattuali con le Pubbliche Amministrazioni.

1. Indicare quale si ritiene essere la durata media dei contratti.

1. Relativamente alla tipologia di prodotti oggetto della presente iniziativa, indicare se attualmente si è fornitori di Enti Sanitari nell’ambito della Regione Campania.

1. Relativamente alla tipologia di prodotti oggetto della presente iniziativa, elencare le Aziende ove si forniscono attualmente Sistemi analoghi.

1. Indicare se si è interessati a partecipare ad una procedura di gara per i beni in oggetto. In caso di risposta negativa motivarne la scelta.

1. Riportare sintetiche osservazioni o suggerimenti che l’Azienda ritiene utile proporre in vista dell’attivazione di una iniziativa di gara centralizzata.

**Nota bene:** *si precisa che si potranno allegare al presente questionario le schede tecniche, brochure o qualsiasi altro materiale informativo qualificante i prodotti commercializzati.*

*Il contributo che gli Operatori economici presteranno per tale consultazione è totalmente gratuito, pertanto non è riconosciuto alcun diritto di rimborsi spesa.*