

LOTTO 2
SISTEMA DI MONITORAGGIO PER TERAPIA INTENSIVA
P.O. DI SUBIACO ASL ROMA 5

Area compilata dal PUNTO ORDINANTE				Area da Compilare dalla DITTA _____ Tel. _____ mail _____							
Destinazione	DESCRIZIONE	Confezionamento/U NITA' MISURA	Qtà richieste	* PEZZI A CONFEZIONE	* Codice Articolo Fornitore	Codice Articolo Produttore	P.IVA Produttore	* Denominazione commerciale	* ID Repertorio	* CND	* Garanzia
TERAPIA INTENSIVA P.O. SUBIACO	SISTEMA DI MONITORAGGIO PER TERAPIA INTENSIVA COMPLETO DI:										
	CENTRALE DI MONITORAGGIO	NR	1								
	MONITOR MULTIPARAMETRICI	NR	4								
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Si prega riportare tutte le voci che compongono l'offerta </div> <p>* COLONNA CAMPO OBBLIGATORIO</p> <p>PER LE CARATTERISTICHE TECNICHE FARE RIFERIMENTO ESCLUSIVAMENTE AL FILE CONTENENTE LE SPECIFICHE TECNICHE ALLEGATO ALLA RDO</p> <p>PER OGNI PRODOTTO E' NECESSARIO ALLEGARE LE RELATIVE SCHEDE TECNICHE</p> <p>IN CASO DI PRODOTTI FORNITI IN ESCLUSIVA ALLEGARE LA RELATIVA DICHIARAZIONE DEL PRODUTTORE</p>											