

**VENTILATORI POLMONARI
TERAPIA INTENSIVA P.O. SUBIACO**

Area compilata dal PUNTO ORDINANTE				*Area da Compilare dalla										
				DITTA _____			Tel. _____			mail _____				
DESTINAZIONE	DESCRIZIONE	Confezionamento/ UNITA' MISURA	Qtà richieste	*Prezzo Unitario Iva esclusa	*ALIQUOTA IVA%	*Prezzo Totale IVA esc.	*Codice Articolo Fornitore	Codice Articolo Produttore	P.IVA Produttore	*Denominazione commerciale	*ID Repertorio	*CND	*Codice NSO	*Garanzia
UOC TERAPIA INTENSIVA P.O. SUBIACO	VENTILATORI POLMONARI	N.	4											

Si prega inserire tutte le voci che compongono l'offerta

Tot. Iva esclusa €	-
--------------------	---

* COLONNA CAMPO OBBLIGATORIO

**SUL PORTALE STELLA INDICARE IL TOTALE ECONOMICO RELATIVO
ALLA COLONNA PREZZO TOT. IVA ESCLUSA**

PER I PRODOTTI E' NECESSARIO ALLEGARE LE RELATIVE SCHEDE TECNICHE

IN CASO DI PRODOTTI FORNITI IN ESCLUSIVA ALLEGARE LE RELATIVE DICHIARAZIONI DEL PRODUTTORE

NEL CASO IN CUI LA FORNITURA PREVEDESSE UN'APPARECCHIATURA E' NECESSARIO INSERIRE E COMPILARE LA RELATIVA RIGA, IN TUTTE LE VOCI PREVISTE, SPECIFICANDO ANCHE LE CONDIZIONI DI FORNITURA