

MODULO RICHIESTA VISIONE APPARECCHIATURE

ALLEGATO 5 al Disciplinare di gara

Il/La sottoscritto/a
nato ail.....
in qualità di
in nome e per conto della Ditta.....
dichiara di essere disponibile a dare in visione all'Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana, per la
valutazione tecnica nell'ambito della gara per la fornitura di.....
la seguente apparecchiatura medico scientifica
per il tempo stabilito nella documentazione di gara.

Dichiara altresì di accettare le seguenti condizioni:

1. La consegna dell'apparecchiatura avviene a cura e a spese della Dittaprevia autorizzazione dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana .
2. Il ricevimento dell'apparecchiatura suddetta non produce alcun obbligo di futuro acquisto e la consegna avviene a titolo di visione per valutazione tecnica senza obbligo di canone o corrispettivo da parte dell'Az. ULSS 2, e ciò anche per quanto riguarda il materiale di consumo eventualmente necessario.
3. L'apparecchiatura possiede i requisiti tecnici costruttivi conformi alle norme di legge vigenti in Italia ed in particolare è conforme alle direttive (come da certificazioni di cui si allega copia) e comunque non sarà posta in uso senza il benestare dell'Az.ULSS 2.
4. La Ditta.....solleva l'Azienda ULSS 2 da ogni responsabilità, derivante da furto, incendio, danneggiamento da parte di terzi nonché per i danni a terzi derivanti dal malfunzionamento della stessa.
5. La Ditta.....si impegna per il periodo della visione ad operare la manutenzione e da eseguire tutte le riparazioni necessarie per mantenere l'apparecchiatura in buono stato di funzionamento senza alcun obbligo o corrispettivo da parte dell'Azienda.
6. La Ditta.....si impegna altresì a provvedere tempestivamente a proprie spese e cura al ritiro dell'apparecchiatura alla scadenza del periodo suddetto; la permanenza dell'apparecchiatura nell'Azienda ULSS oltre tale termine sarà sotto la completa responsabilità della Ditta.

Data

Firma

Il titolare/legale rappresentante/institore/procuratore del concorrente

CAMPO RISERVATO ALL'AZIENDA ULSS 2 MARCA TREVIGIANA

Autorizzazione:

Il Responsabile dell'U.O. _____

Il Responsabile del Servizio Tecnologie
Sanitarie. _____