**QUESTIONARIO (DA COMPILARE A CURA DELLE DITTE)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome ditta: |  | | |
| Sede legale: |  | | |
| Indirizzo e-mail: |  | Indirizzo PEC: |  |
| Codice ATECO: |  | | |
| Referente della presente consultazione: |  | | |

**OSSERVAZIONI:** si precisa che gli apporti informativi forniti non possono costituire offerte economiche, né possono anticipare specifiche quotazioni afferenti al prodotto. Pertanto, risulta necessario fornire esclusivamente l’elenco delle strutture del SSN a cui sono stati forniti tali farmaci ed il dettaglio dei prezzi unitari praticati.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Descrizione Prodotto** | **Fabbisogno Presunto Annuo** | **Costo Unitario Materiale Consumo** | **Materiale Richiesto o Equivalente** | **Assenza di concorrenza per motivi tecnici** | **Ulteriori Osservazioni** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*Da firmare digitalmente prima dell’invio*