**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 è stato fornito tale dispositivo ed il dettaglio dei prezzi unitari praticati.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Prodotti**( indicare la descrizione del prodotto per cui si partecipa cosi come indicati nell’ allegato elenco prodotti) |  **Prezzo medio**  | **Codice articolo****CND****Repertorio****confezionamento** | **Ulteriori Osservazioni** |
|  |  |  |  |

*Da firmare digitalmente prima dell’invio*