

**ALLEGATO B – FORNITURA IN SERVICE PER SISTEMA DIAGNOSTICO AUTOMATIZZATO CON APPROCCIO SINDROMICO MOLECOLARE PER LA DETERMINAZIONE DEI PATOGENI DI MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE, PATOLOGIE GASTROINTESTINALI, RESPIRATORIE E GENI DI RESISTENZA PRESSO LA UOSD**

| CONDIZIONI DI FORNITURA                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Consegna e installazione</b>                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| Necessità impiantistiche particolari per l'installazione dei sistemi offerti (Specificare e <b>allegare eventuali schede per l'installazione</b> )                                                                                                                                  |  |
| Tempi di consegna <b>entro 40 giorni solari</b> , come previsto all'art. 5 del Capitolato Speciale Caratteristiche della fornitura: descrizione dettagliata                                                                                                                         |  |
| <b>Referente per le attività di collaudo (indicare nominativo e contatti)</b>                                                                                                                                                                                                       |  |
| Indicare eventuali attività/servizi necessari all'installazione e al corretto funzionamento a carico dell'Azienda Ospedaliera                                                                                                                                                       |  |
| <b>Istruzione e Formazione</b>                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| Durata Corso di formazione all' uso del sistema (giorni e tot.ore di disponibilità)                                                                                                                                                                                                 |  |
| Qualifica insegnante                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| Sede del corso                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| Disponibilità ad organizzare <b>ulteriori corsi di formazione e/o di approfondimento</b> gratuiti per il personale sanitario e/o tecnico nel periodo successivo alla scadenza della garanzia (SI/NO, specificare numero e periodo di tempo successivo alla scadenza della garanzia) |  |
| <b>Allegare proposta progetto di formazione</b>                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| <b>ASSISTENZA TECNICA</b>                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| <b>Anagrafica della ditta incaricata dell'assistenza tecnica</b>                                                                                                                                                                                                                    |  |
| Manutentore Autorizzato                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| Ragione Sociale                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| Indirizzo                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| Tel/Fax                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| E-mail                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| PEC                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| Referente assistenza tecnica (indicare nominativo e contatti)                                                                                                                                                                                                                       |  |
| Certificazioni di qualità possedute                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| Area di copertura del servizio di assistenza tecnica                                                                                                                                                                                                                                |  |
| <b>Tempi di intervento e ripristino da garantire per tutta la durata del contratto</b>                                                                                                                                                                                              |  |
| Tempo massimo di intervento dalla chiamata: <b>non superiore a 16 ore lavorative</b> (Orario standard da lunedì a venerdì)                                                                                                                                                          |  |
| Tempo massimo di ripristino funzionalità (risoluzione guasto o disponibilità apparecchiatura sostitutiva) dalla chiamata: <b>non superiore a 5 giorni lavorativi</b> (Orario standard da lunedì a venerdì)                                                                          |  |
| Eventuali apparecchiature fornite a <b>titolo di back-up</b> (Si/No, specificare numero, tipo e tempi di fornitura backup)                                                                                                                                                          |  |
| Possibilità di assistenza remota (Si/No)                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <b>Manutenzioni preventive programmate (MPP) - Verifiche di sicurezza (SE I DATI RICHIESTI SONO DIFFERENTI PER I SISTEMI OFFERTI, SPECIFICARE PER OGNUNO DI QUESTI)</b>                                                                                                             |  |
| Numero di interventi di MPP previste dal fabbricante e garantite dal fornitore all'anno (in garanzia/contratto) per ciascuna tipologia di apparecchiatura offerta                                                                                                                   |  |
| Ore di fermo macchina necessarie per ogni intervento di manutenzione preventiva programmata (specificare per tipologia di dispositivo)                                                                                                                                              |  |
| Numero di verifiche di sicurezza e controlli funzionali previsti dal fabbricante (e/o dalle norme tecniche) e garantite dal fornitore all'anno (in garanzia/contratto) per ciascuna tipologia di apparecchiatura offerta                                                            |  |
| <b>Allegare proposta di report/check list delle attività di manutenzione preventiva: uno per le attività a carico degli utilizzatori e uno per le attività a carico dei tecnici, indicando, per ciascuna di queste, i riferimenti al manuale d'uso e di service del fabbricante</b> |  |
| <b>Copertura per la ricezione delle chiamate di intervento tecnico e di erogazione del servizio</b>                                                                                                                                                                                 |  |
| Copertura oraria giorni <b>feriali</b> (specificare copertura sia per ricezione chiamate che per interventi tecnici)                                                                                                                                                                |  |
| Servizio di Assistenza erogato il <b>Sabato e Prefestivi</b> (Specificare se: Nessuna copertura, ricezione chiamate, disponibilità intervento tecnico, reperibilità telefonica del tecnico o altro)                                                                                 |  |
| Copertura del Servizio di Assistenza tecnica la <b>Domenica e Festivi</b> (Specificare se: Nessuna copertura, ricezione chiamate, disponibilità intervento tecnico, reperibilità telefonica del tecnico o altro)                                                                    |  |
| Assistenza tecnica telefonica tramite numero verde 24h/24 o cellulare di tecnico reperibile (SI/NO) (Descrivere)                                                                                                                                                                    |  |
| <b>ULTERIORI SERVIZI AGGIUNTIVI INCLUSI IN OFFERTA: SUPPORTO TECNICO, SCIENTIFICO E METODOLOGICO</b>                                                                                                                                                                                |  |
| Specificare eventuali ulteriori servizi INCLUSI IN OFFERTA a supporto tecnico, scientifico e metodologico                                                                                                                                                                           |  |
| TIMBRO DELLA DITTA E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE _____                                                                                                                                                                                                                          |  |