

UOC INGEGNERIA CLINICA	Informazioni sulla manutenzione di apparecchiature biomediche	Pag. 1/2
Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara Azienda USL Ferrara		

DITTA OFFERENTE: _____
(compilare un modulo per ciascuna tipologia di apparecchiatura offerta, senza alcun riferimento ai prezzi)

DATI RELATIVI ALL'APPARECCHIATURA

➤ **TIPOLOGIA** _____

➤ **FABBRICANTE** _____

➤ **MODELLO** _____ **COD. ART. FABBRICANTE (REF)** _____

➤ **CND** _____ **n° REPERTORIO Disp Med** _____

PIANO MANUTENZIONE come previsto dal FABBRICANTE e dal MANUALE D'USO/SERVICE e/o dalla norma specifica _____					
	Consigliato	Obbligatorio	N.A.	Periodicità	Pag. Manuale d'uso/service
MANUTENZIONI PREVENTIVE (allegare eventuale checklist)	☐	☐	☐	☐ semestrale ☐ annuale ☐ biennale ☐ altro: _____	
VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA ☐ CEI 62-148 (EN 62353) ☐ CEI 66-5 (EN 61010-1)	☐	☐	☐	☐ semestrale ☐ annuale ☐ biennale ☐ altro: _____	
VERIFICHE PRESTAZIONALI (NORME CEI _____ particolari)	☐	☐	☐	☐ semestrale ☐ annuale ☐ biennale ☐ altro: _____	
CONTROLLI DI QUALITA' (es. apparecchiature diagnostica per immagini)	☐	☐	☐	☐ semestrale ☐ annuale ☐ biennale ☐ altro: _____	
TARATURE / CALIBRAZIONI	☐	☐	☐	☐ semestrale ☐ annuale ☐ biennale ☐ altro: _____	
SOSTITUZIONE BATTERIA (es: interna, tampone) ➤ _____ ➤ _____	☐	☐	☐	☐ annuale ☐ altro: _____ ☐ annuale ☐ altro: _____	
SOSTITUZIONE MATERIALE USURABILE ➤ _____ ➤ _____ ➤ _____	☐	☐	☐	☐ annuale ☐ altro: _____ ☐ annuale ☐ altro: _____ ☐ annuale ☐ altro: _____	

TRATTAMENTO DATI PERSONALI (Classificazione GDPR: Regolamento Generale (UE) 2016/679)			
L'apparecchiatura gestisce dati del paziente? ☐ no, nessun dato ☐ solo dati paziente corrente ☐ sì, con archivio dati pazienti			

DATI RELATIVI ALL'ASSISTENZA TECNICA

Nome ditta: _____ Partita Iva _____

Indirizzo (sede legale): _____ Telefono: _____ FAX: _____

Indirizzo (sede operativa): _____ Telefono: _____ FAX: _____

Mail Assistenza Tecnica: _____

Saranno ritenute inviate ufficialmente le richieste di assistenza trasmesse tramite mail. Si prega di notificare eventuali variazioni nel tempo dei contatti sopraindicati.

Timbro e Firma Rappresentante Ditta _____

UOC INGEGNERIA CLINICA	Informazioni sulla manutenzione di apparecchiature biomediche	Pag. 2/2
Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara Azienda USL Ferrara		

DATI RELATIVI ALL'OFFERTA

DURATA GARANZIA : _____ mesi **CIG:** _____

TEMPI DI CONSEGNA (dalla data di invio dell'ordine)	n° _____ gg ☐ solari ☐ lavorativi
--	---

Nel periodo di garanzia la ditta svolgerà:

INTERVENTI SU CHIAMATA FULL RISK	☐ ILLIMITATI ☐ n° ____/anno ☐ NO
INTERVENTI SU CHIAMATA presso AUSL	☐ SI ☐ NO
PEZZI DI RICAMBIO INCLUSI	☐ SI ☐ NO
AGGIORNAMENTI SOFTWARE INCLUSI	☐ SI ☐ NO
AGGIORNAMENTI HARDWARE INCLUSI	☐ SI ☐ NO
DISPONIBILITA' FORNITURA APPARECCHIO SOSTITUTIVO (MULETTO)	☐ SI ☐ NO
TEMPI DI INIZIO INTERVENTO TECNICO (dalla notifica via call center o mail o fax)	n° _____ ore ☐ solari ☐ lavorative
TEMPI DI FINE INTERVENTO TECNICO (dalla notifica via call center o mail o fax)	n° _____ ore ☐ solari ☐ lavorative
VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA al termine di interventi di manutenzione correttiva (nei casi previsti da normativa es. EN 62353)	☐ SI
N° MASSIMO GIORNI DI FERMO MACCHINA/ANNO	n° _____ gg ☐ solari ☐ lavorativi

PIANO MANUTENZIONE come da offerta (nel rispetto delle **condizioni minime** indicate in **capitolato** e dal **fabbricante** su indicate)

CONTROLLI svolti dalla ditta in garanzia:	N.A.	Periodicità
MANUTENZIONI PREVENTIVE	☐	☐ semestrale ☐ annuale ☐ biennale ☐ altro: _____
VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA ☐ CEI 62-148 (EN 62353) ☐ CEI 66-5 (EN 61010-1)	☐	☐ semestrale ☐ annuale ☐ biennale ☐ altro: _____
VERIFICHE PRESTAZIONALI (NORME CEI _____ particolari)	☐	☐ semestrale ☐ annuale ☐ biennale ☐ altro: _____
CONTROLLI DI QUALITA' (es. apparecchiature diagnostica per immagini)	☐	☐ semestrale ☐ annuale ☐ biennale ☐ altro: _____
TARATURE / CALIBRAZIONI	☐	☐ semestrale ☐ annuale ☐ biennale ☐ altro: _____
SOSTITUZIONE BATTERIA (es: interna, tampone) › _____ › _____	☐	☐ semestrale ☐ annuale ☐ biennale ☐ altro: _____ ☐ semestrale ☐ annuale ☐ biennale ☐ altro: _____
SOSTITUZIONE MATERIALE USURABILE › _____ › _____ › _____	☐	☐ semestrale ☐ annuale ☐ biennale ☐ altro: _____ ☐ semestrale ☐ annuale ☐ biennale ☐ altro: _____

Data ____ / ____ / ____

Timbro e Firma Rappresentante Ditta _____