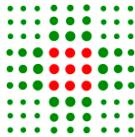


ALLEGATO B - SCHEDA ASSISTENZA TECNICA E FORMAZIONE

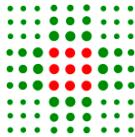
	RISPOSTA DITTA	Note per compilazione e requisiti minimi
Formazione e Addestramento Personale Sanitario (uso, avvertenze, manutenzione ordinaria, pulizia e disinfezione) e supporto telefonico		
Durata della formazione/affiancamento sul posto per il personale utilizzatore all'avvio	GG:	In giornate. Almeno 2 gg continuative/reparto
Disponibilità di un contatto telefonico diretto per l'operatore a supporto post formazione affiancamento all'avviamento tecnologico	GG: Lun-Ven: Sab: Dom e Festivi:	In giornate post-conclusione affiancamento: Almeno 15 gg continuativi dal lun-ven 9-17 Indicare durata in giorni e orari
Formazione/affiancamento personale utilizzatore durante tutta la durata del noleggio	GG/Anno:	In giornate/anno. Almeno 2 /azienda contraente
Altra tipologia di Formazione proposta		Indicare altre tipologie di formazione /a affiancamento proposte - Indicare se con possibilità di accreditamento ECM e CFP
Disponibilità di Accreditamento ECMe CFP per tutti gli eventi formativi e di affiancamento sopra indicati		SI - NO - INPARTE
ALTRÒ: Fornire documento esplicativo di quanto sopra riportato, indicando modalità, riferimenti (es. telefonici) e quanto richiesto e allegando Scheda CV con iniziali nomi di tutti i formatori disponibili alla data di presentazione dell'offerta.		

**(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE
DELL DITTA FORNITRICE)**



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola**

	RISPOSTA DITTA	Note per compilazione e requisiti minimi
Manutentori autorizzati		
Sede Italiana		
Ragione Sociale:		
Indirizzo:		
Città:		
CAP		
Telefono:		OBBLIGATORIA
PEC (servizio di assistenza)		OBBLIGATORIA
E-Mail		OBBLIGATORIA
Fax:		
Referente:		
Tel.:		
Cell		
Numero tecnici qualificati ed abilitati ad intervenire sulle apparecchiature offerte:		Per ogni tecnico indicato nella tabella successiva allegare scheda di CV
Sede regionale/di Area		
Ragione Sociale:		
Indirizzo:		
Città:		
CAP		
Telefono:		OBBLIGATORIA
PEC (servizio di assistenza)		OBBLIGATORIA
E-Mail		OBBLIGATORIA
Fax:		
Referente:		
Tel.:		
Cell		
Numero tecnici qualificati ed abilitati ad intervenire sulle apparecchiature offerte:		Per ogni tecnico indicato nella tabella successiva allegare scheda di CV

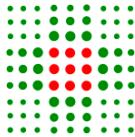


**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola**

TECNICI FORMATI E AGGIORNATI PER ASSISTENZA

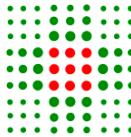
Rif.	Iniziale Tecnico	Anni Esperienza	Zona Emilia Romagna (SI/NO)	Rif.	Iniziale Tecnico	Anni Esperienza	Zona Emilia Romagna (SI/NO)
1				16			
2				17			
3				18			
4				19			
5				20			
6				21			
7				22			
8				23			
9				24			
10				25			
11				26			
12				27			
13				28			
14				29			
15				30			

**(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE
DELL DITTA FORNITRICE)**



	RISPOSTA DITTA	Note per compilazione e requisiti minimi
Manutenzioni preventive/programmate (MPP) e Verifiche di Sicurezza Elettrica (VS)		
Numero interventi di MPP previsti dal fabbricante		Almeno 1 anno (allegare estratto manuale)
Attività svolta durante le MPP		(allegare check-list)
Tempo medio necessario per lo svolgimento di una MPP		ore/apparecchiatura
Numero di Verifiche di Sicurezza Elettriche rif. Norme CE EN 61010-1 o CEI EN 62353		Almeno 1 anno durante il periodo contrattuale

**(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE
DELL DITTA FORNITRICE)**

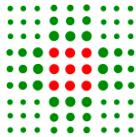


**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola**

	RISPOSTA DITTA	Note per compilazione e requisiti minimi
Assistenza di manutenzione Full-RISK		
l'assistenza di manutenzione FULL-RISK da garantire per tutta la durata del contratto del noleggio deve avere le seguenti caratteristiche minime:		
Ilimitati interventi su chiamata Ricambi inclusi, parti usurabili incluse, consumabili: agente sterilizzantetutto quanto necessario per il funzionamento inclusi MPP secondo quanto previsto dal fabbricante (comprensivi di ricambi, consumabili, kit, accessori, etc) Verifica di Sicurezza Elettriche		
Orari e Tempistiche		
Orario di Ricezione Chiamate (Telefoniche e/o tramite FAX)		
LUN-VEN		
dalle		
alle		
SABATO e Prefestivi		
dalle		
alle		
DOMENICA e Festivi		
dalle		
alle		
Orario di lavoro		
LUN-VEN		
dalle		
alle		
SABATO e Prefestivi		
dalle		
alle		
DOMENICA e Festivi		
dalle		
alle		
Nell'ambito dell'orario di lavoro sopra indicato, la Ditta si impegna a garantire il rispetto delle seguenti tempistiche:		
Tempo massimo intervento:		Max 8 ore lavorative equivalenti a max 1giorno lavorativo dalla chiamata. (*)
Tempo massimo ripristino:		Max 24 ore lavorative equivalenti a max 3 giorni lavorativi dalla chiamata. (*)
Fermo macchina annuale (macchina indisponibile) ad esclusione del tempo di manutenzione preventiva ed eventuale consegna apparecchiature sostitutive equivalenti		Max 10 gg lavorativi

(*) Valori inferiori a 8 ore lavorative non verranno valutati come migliorativi se non opportunamente relazionati con evidenze atte a migliorare i tempi indicati.

**(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE
DELL DITTA FORNITRICE)**



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola**

RISPOSTA DITTA

Altre ulteriori migliorative proposte (es. Teleassistenza, ecc..)

**(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE
DELL DITTA FORNITRICE)**