

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

Dipartimento Amministrativo-Tecnico
UO DI TECNOLOGIE SANITARIE E INFORMATICA
SANITARIA E DI RETE – Settore Ingegneria Clinica

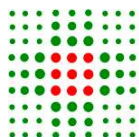
PROCEDURA APERTA: FORNITURA DI SISTEMI DI MONITORAGGIO MULTIPARAMETRICO DA DESTINARE ALL'AREA CRITICA DEL BLOCCO DEA, AL BLOCCO OPERATORIO E AD ALTRE AREE OSPEDALIERE DELL'OSPEDALE SANTA MARIA DELLA SCALETTA DI IMOLA

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		
Formazione/affiancamento sul posto per il personale utilizzatore all'avvio	GG(*):	In giornate. Almeno 2 gg continuative per area/reparto
Formazione/affiancamento personale utilizzatore durante tutta la durata del contratto (garanzia o contratto full-Risk)	GG/Anno (*):	In giornate/anno. Almeno 1 per area/reparto
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 ECM e CFP per tutti gli eventi formativi e di affiancamento sopra indicati		SI - NO - INPARTE
ALTRO: 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.		

IMPORTANTE

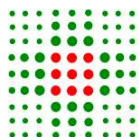
*: deve essere indicato tassativamente un valore numerico al fine di poter valutare l'eventuale valore migliorativo. Qualsiasi indicazione non espressa in forma numerica, descrittiva o generica (es. "tempestivo", "rapido", "immediato", "garantito", "adeguato", ecc.), non sarà presa in considerazione e il relativo requisito non verrà valutato ai fini dell'attribuzione del punteggio.



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

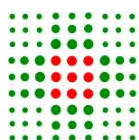
Dipartimento Amministrativo-Tecnico
UO DI TECNOLOGIE SANITARIE E INFORMATICA
SANITARIA E DI RETE – Settore Ingegneria Clinica

	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



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			

(



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

Dipartimento Amministrativo-Tecnico
UO DI TECNOLOGIE SANITARIE E INFORMATICA
SANITARIA E DI RETE – Settore Ingegneria Clinica

	RISPOSTA DITTA	Note per compilazione
Impegno a garantire tutte le condizioni sotto riportate (<i>COSTI, ricambi ed accessori, MPP, assistenza sia senza che con contratto di manutenzione, materiale di consumo</i>) per un minimo di 10 anni dalla data di collaudo		
Impegno a garantire manutenzione alle condizioni sotto indicate per:		(minimo 10) anni dalla data di collaudo

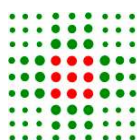
	RISPOSTA DITTA	Note per compilazione
Ricambi e accessori		
Disponibilità materiale offerto (ricambi e accessori) per:		(minimo 10) anni dalla data di collaudo
Sconto sul listino delle parti di ricambio applicabile in ogni situazione.		% valido per almeno 10 anni data collaudo
Garanzia sui ricambi:		(minimo 6) mesi

CENTRALI DI MONITORAGGIO – RIF. 2.1

	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		Specificare periodicità se prevista

SISTEMI DI MONITORAGGIO – RIF. 2.2-2.3-2.4-2.5

	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



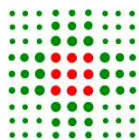
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo-Tecnico
UO DI TECNOLOGIE SANITARIE E INFORMATICA
SANITARIA E DI RETE – Settore Ingegneria Clinica

RISPOSTA DITTA		Note per compilazione e requisiti minimi
Assistenza di manutenzione in garanzia e in contratto Full-RISK		
L'Assistenza deve avere le seguenti caratteristiche minime, così come dettagliato nel corrispondente articolo 7 del allegato A del Capitolato Speciale a titolo esemplificativo e non esaustivo:		
- Illimitati interventi su chiamata - tutti i ricambi inclusi, materiale di consumo escluso (secondo l'elenco dettagliato allegato con i prezzi – che, se non fornito, si intende che tutto il materiale di consumo sono compresi nel contratto) - MPP secondo quanto previsto dal fabbricante (comprensivi di ricambi, consumabili, kit, accessori, ecc.)		
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		
Tempo massimo intervento		Ottimale 8 ore lavorative equivalenti a max 1 giorni lavorativi dalla chiamata (*) Max 16 ore lavorative equivalenti a max 2 giorni lavorativi dalla chiamata
Tempo massimo ripristino (eventualmente con fornitura apparecchio sostitutivo temporaneo gratuito)		Ottimale 16 ore lavorative equivalenti a max 2 giorni lavorativi dalla chiamata (*) Max 32 ore lavorative equivalenti a max 4 giorni dalla chiamata*

IMPORTANTE

(*) Valori inferiori non verranno valutati come migliorativi se non opportunamente relazionati con evidenze atte a dimostrare come si intende garantire i tempi indicati. In caso di mancata evidenza o non correttamente giustificati i tempi non saranno considerati e verranno presi come riferimento gli ottimali indicati.



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

Dipartimento Amministrativo-Tecnico
UO DI TECNOLOGIE SANITARIE E INFORMATICA
SANITARIA E DI RETE – Settore Ingegneria Clinica

RISPOSTA DITTA

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

**FIRMATO DIGITALMENTE DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL
DITTA FORNITRICE**
