

ALLEGATO B – Condizioni di fornitura e di assistenza tecnica	
Da compilare dettagliatamente in ogni sua parte senza riferimento ad allegati se non richiesto	
CONDIZIONI DI FORNITURA	
Consegna e installazione	
Necessità impiantistiche particolari per l'installazione dei sistemi offerti (Specificare e allegare eventuali schede per l'installazione)	
Tempi di consegna: entro 45 giorni dalla stipula del contratto (Specificare)	
Referente per le attività di collaudo (indicare nominativo e contatti)	
Indicare eventuali attività/servizi necessari all'installazione e al corretto funzionamento a carico dell'Azienda Ospedaliera	
Istruzione e Formazione	
Durata Corso di formazione all' uso del sistema (giorni e tot.ore di disponibilità)	
Qualifica insegnante	
Sede del corso: Azienda Ospedaliera di Bologna	
Allegare proposta progetto di formazione	
ASSISTENZA TECNICA	
Anagrafica della ditta incaricata dell'assistenza tecnica	
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	
Numero e qualifica dei tecnici attivi sull'area di copertura	
Numero e qualifica	
Allegare CV dei tecnici	
Tempi di intervento e ripristino (Manutenzione in contratto, manutenzione extra contratto)	
Tempo massimo di intervento dalla chiamata: non superiore a 8 ore lavorative. (Specificare tempistica)	
Tempo massimo di ripristino funzionalità (risoluzione guasto o disponibilità apparecchiatura sostitutiva) dalla chiamata: non superiore a 24 ore lavorative. (Specificare tempistica)	
Eventuali apparecchiature fornite a titolo di back-up (Si/No, specificare numero e tipo)	
Possibilità di assistenza remota (Si/No)	
Manutenzioni preventive programmate (MPP) - Verifiche di sicurezza	
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	
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	
Copertura per la ricezione delle chiamate di intervento tecnico e di erogazione del servizio	
Copertura oraria giorni feriali (specificare copertura sia per ricezione chiamate che per interventi tecnici)	
Servizio di Assistenza erogato il Sabato e Prefestivi (Specificare se: Nessuna copertura, ricezione chiamate, disponibilità intervento tecnico, reperibilità telefonica del tecnico o altro)	
Copertura del Servizio di Assistenza tecnica la Domenica e Festivi (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)	
ATTIVITA' PERFUSIONISTA SPECIALIZZATO	
Nominativo del perfusionista che si occuperebbe delle attività nel caso in cui venisse eventualmente richiesto	
Allegare CV del perfusionista con indicazione dell'esperienza pregressa su procedure HIPEC	
Specificare attività	
Tempistiche di intervento dalla richiesta di supporto	
RIAPPROVVIGGIONAMENTO CONSUMABILI	
Referente per le attività	
Tempistiche di riapprovviggionamento dei consumabili: non superiore a 10 giorni da data ordine (specificare tempistica)	

SUPPORTO SCIENTIFICO E METODOLOGICO	
Specificare eventuali ulteriori servizi proposti dalla Ditta a supporto tecnico, scientifico e metodologico	