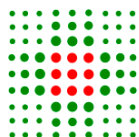


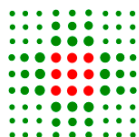
ALLEGATO B - SCHEDA ASSISTENZA TECNICA E FORMAZIONE

	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-ven9-17 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
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.		

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE
DELL DITTA FORNITRICE)

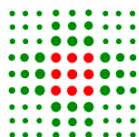


	RISPOSTA DITTA	Note per compilazione e requisiti minimi
Manutentori autorizzati		
Sede Italiana		
Ragione Sociale:		
Indirizzo:		
Città:		
CAP		
Telefono:		OBBLIGATORIA
PEC (servizio di assistenza)		OBBLIGATORIA
E-Mail		OBBLIGATORIA
Fax:		
Referente:		
Tel.:		
Cell		
Numero tecnici qualificati ed abilitati 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			

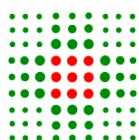
(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE
DELL DITTA FORNITRICE)



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

	RISPOSTA DITTA	Note per compilazione e requisiti minimi
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 3 durante il periodo contrattuale (equivalente ad una al collaudo e successivamente ogni 3 anni)

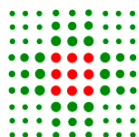
**(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE
DELL DITTA FORNITRICE)**



	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: Illimitati interventi su chiamata Ricambi inclusi, parti usurabili incluse, consumabili tutto 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 16 ore lavorative equivalenti a max 2 giorni lavorativi dalla chiamata. (*)
Tempo massimo ripristino:		Max 32 ore lavorative equivalenti a max 4 giorni 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)**
