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

ALLEGATO B

SCHEDA ASSISTENZA POST-VENDITA

DESCRIZIONE APPARECCHIATURA: STAMPANTI PER BIO-CASSETTE	
Tipologia DM (Codifica CND)	
Nr. Repertorio	
Codifica CIVAB (se disponibile)	
Fabbricante	
Modello	

	RISPOSTA DITTA	Note per compilazione
GARANZIA		
Durata Garanzia		(minimo 24) mesi dal collaudo positivo Ingegneria Clinica
Nel periodo di garanzia devono essere incluse anche le manutenzioni preventive programmate previste dal fabbricante. La garanzia è da intendersi omnicomprensiva ed erogata con le medesime tempistiche dichiarate in caso di contratto di manutenzione post garanzia. Il Servizio di Ingegneria Clinica si riserva di chiedere, prima della scadenza della garanzia, una revisione completa e gratuita del sistema.		

	RISPOSTA DITTA	Note per compilazione
Formazione e Addestramento Personale Sanitario (uso, avvertenze, manutenzione ordinaria, pulizia e disinfezione)		
Formazione/affiancamento sul posto per il personale utilizzatore all'avvio	**GG(*):**	(almeno 1 giorno)
Riferimenti a cui richiedere la formazione:		
Referente:		
Indirizzo		
e-mail:		
CAP:		
Tel.:		
Cell:		

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL DITTA FORNITRICE)

	RISPOSTA DITTA	Note per compilazione
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

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL DITTA FORNITRICE)

_____

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			

	RISPOSTA DITTA	Note per compilazione
Impegno a garantire tutte le condizioni sotto riportate *(COSTI, ricambi ed accessori, MPP, assistenza sia senza che con contratto di manutenzione, materiale di consumo)* 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		% valido per almeno 8 anni data collaudo
Garanzia sui ricambi:		(minimo 6) mesi

	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

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL DITTA FORNITRICE)

_____

	RISPOSTA DITTA	Note per compilazione e requisiti minimi
Assistenza di manutenzione in garanzia e post-garanzia con contratto di manutenzione		
L'Assistenza deve avere le seguenti caratteristiche minime, ***così come dettagliato nel corrispondente articolo 1.5 dell'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
COSTO CONTRATTO (in % sul costo di acquisito offerto)		max 10%

IMPORTANTE
(*) Valori inferiori non verranno valutati come migliorativi se non opportunamente relazionati con evidenze atte a dimostrare come si intente 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.

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

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL DITTA FORNITRICE)

_____