FORNITURA IN SERVICE DI UN SISTEMA ANALITICO PER LA TIPIZZAZIONE GENOMICA DEL SISTEMA HLA DI CLASSE I E DI CLASSE II IN ALTA RISOLUZIONE CON TECNICA DI PCR-SBT

ALLEGATO B

Da compilare dettagliatamente in ogni sua parte senza riferimento ad allegati se non richiesto

ASSISTENZA TECNICA - FORMAZIONE- SUPPORTO SCIENTIFICO E METODOLOGICO

Anagrafica della ditta incaricata dell'assistenza tecnica	
Manutentore Autorizzato	
Ragione Sociale	
Indirizzo	
Tel/Fax	
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 dettagliato organigramma del servizio	
Istruzione e Formazione	
Durata Corso di formazione all' uso del sistema (giorni e tot. ore)	
Qualifica insegnante	
Sede del corso	
Allegare dettagliato piano di formazione	
Periodo di di affiancamento nella fase di attivazione del service nei Laboratori HUB e S.Orsola (specicare tempo, numero e qualifica del personale)	
Ulteriori corsi di approfondimento per il personale tecnico e dirigente durante il periodo contrattuale (allegare dettaglio dei corsi, se disponibile)	
Tempi di intervento e ripristino	
Tempo massimo di intervento dalla chiamata : **non superiore a 48 ore solari, festivi esclusi.** (Specificare tempistica)	
Tempo massimo di ripristino funzionalità (risoluzione guasto o disponibilità apparecchiatura sostitutiva) dalla chiamata : **non superiore a 96 ore solari, festivi esclusi.** (Specificare tempistica)	
Possibilità di assistenza remota (Si/No)	
Manutenzioni preventive programmate (MPP) - Verifiche di sicurezza	
Numero di interventi di MPP previste dal fabbricante all'anno	
Descrivere dettagliatamente le attività svolte durante le manutenzioni programmate	
Ore di fermo macchina necessarie per ogni intervento di manutenzione preventiva programmata	
Numero di verifiche di sicurezza effettuate/anno	
Copertura per la ricezione delle chiamate di intervento tecnico e di erogazione del servizio	
Copertura oraria giorni **feriali** per intervento tecnico	
Copertura oraria il **Sabato e Prefestivi** (Specificare se: 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 24/24 o cellulare di tecnico reperibile (Sì/No) (Descrivere)	
Servizi forniti dalla Ditta a supporto scientifico metodologico	
Progetto tecnico per la qualificazione e convalida del sistema offerto (Relazionare in maniera sintetica)	
Specificare eventuali ulteriori servizi proposti dalla Ditta nell'ambito del service a supporto tecnico, scientifico e metodologico	

TIMBRO DELLA DITTA E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE _____