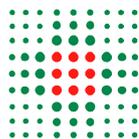


## Allegato B - Lotto 1

### Scheda assistenza tecnica e riferimenti normativi

Tipo Apparecchio:
Codice CND:
Anno inizio produzione:
Fabbricante:
Modello:
Fornitore:
Destinazione d'uso del dispositivo dichiarata dal fabbricante:
Numero identificativo di registrazione al Repertorio DM:

<b><u>Conformità a disposizioni e norme</u></b>		
93/42/CE (Dispositivi Medici):	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Classe: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III		
Organismo Notificato n°:		
98/79/CE (Dispositivi Medici Diagnostici in Vitro):	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
89/336/CE (Compatibilità Elettromagnetica):	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
73/23/CE (Bassa Tensione):	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
89/392/CE (98/37/CE) (Direttiva Macchine):	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CEI 62.5 (EN 60601-1):	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CEI 66.5 (EN61010-1):	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CEI 62.51 (EN 60601-1-1):	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
D. Lgs. 81/08:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO



## Allegato B - Lotto 1

### Scheda assistenza tecnica e riferimenti normativi

#### Manutentore autorizzato

##### Sede Italiana

Ragione Sociale:

Indirizzo:                      Città:                      CAP:

Telefono:                      Fax:                      e\_mail:

Referente:                      Tel.:                      Cell.:

##### Sede regionale

Ragione Sociale:

Indirizzo:                      Città:                      CAP:

Telefono:                      Fax:                      e\_mail:

Referente:                      Tel.:                      Cell.:

#### Assistenza

##### **Caratteristiche indispensabili per la validità dell'offerta**

Illimitati interventi su chiamata

Parti di ricambio/consumo incluse

Manutenzioni preventive incluse, secondo modalità e frequenza previste dal fabbricante

Copertura assicurativa per malfunzionamenti (causa di forza maggiore e/o imperizia)

Verifica Sicurezza Elettrica: 1/anno secondo EN 60601-1

##### **Orario di lavoro**

Lun-Ven: dalle                      alle

Sabato/Prefestivi: dalle                      alle

Domenica/Festivi: dalle                      alle

##### **Tempistiche**

Tempo massimo di intervento dalla chiamata:                      ore lavorative\* (**non superiore a 8 ore solari**)

Tempo massimo di ripristino funzionalità (risoluzione guasto o disponibilità apparecchiatura sostitutiva) dalla chiamata:                      ore lavorative\* (**non superiore a 24 ore lavorative**)

##### **Manutenzioni preventive/programmate (MPP)**

Numero interventi di MPP previsti dal fabbricante:                      /anno

Tempo medio necessario per lo svolgimento di una MPP:                      ore

Attività svolta durante le MPP: **allegare check-list**

##### **Ulteriori proposte:**

\*La valutazione qualitativa terrà conto della tempistica indicata unitamente alle fasce di copertura indicate nel paragrafo "Orario di lavoro"

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE  
RAPPRESENTANTE DELLA DITTA FORNITRICE)