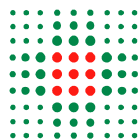


Allegato B

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:

<u>Conformità a disposizioni e norme</u>		
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
2004/108/CE (Compatibilità Elettromagnetica, ex 89/336/CE):	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2006/95/CE (Bassa Tensione, ex 73/23/CE):	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2006/42/CE (98/37/CE) (Direttiva Macchine, ex 89/392/CE):	<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

Scheda assistenza tecnica e riferimenti normativi

<u>Manutentore autorizzato</u>		
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.:

<u>Assistenza</u>
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 61010-1
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 12 ore lavorative) 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)