

**ALLEGATO B**

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

**ASSISTENZA TECNICA - FORMAZIONE- SUPPORTO SCIENTIFICO E METODOLOGICO**

| <b>Anagrafica della ditta incaricata dell'assistenza tecnica</b>   |  |
|--|--|
| Manutentore Autorizzato  |  |
| Ragione Sociale  |  |
| Indirizzo  |  |
| Tel/Fax  |  |
| Certificazioni di qualità possedute  |  |
| Area di copertura del servizio di assistenza tecnica   |  |
| <b>Numero e qualifica dei tecnici attivi sull'area di copertura</b>  |  |
| Numero e qualifica   |  |
| Allegare dettagliato organigramma del servizio   |  |
| <b>Istruzione e Formazione</b>   |  |
| Durata Corso di formazione all' uso del sistema (giorni e tot. ore)  |  |
| Qualifica insegnante   |  |
| Sede del corso   |  |
| Allegare dettagliato piano di formazione   |  |
| Periodo di affiancamento nella fase di attivazione del service (specificare tempo, numero e qualifica del personale)   |  |
| <b>Ulteriori corsi di approfondimento</b> per il personale tecnico e dirigente durante il periodo contrattuale (allegare dettaglio dei corsi, se disponibile)  |  |
| <b>Tempi di intervento e ripristino</b>  |  |
| Tempo massimo di intervento dalla chiamata : <b>non superiore a 24 ore solari, festivi esclusi.</b> (Specificare tempistica)   |  |
| Tempo massimo di ripristino funzionalità (risoluzione guasto o fornitura apparecchiatura sostitutiva) dalla chiamata : <b>non superiore a 48 ore solari, festivi esclusi, nel caso in cui non sia presente un back up. Entro max 96 ore solari in caso di presenza di back up</b> (Specificare tempistica) |  |
| Possibilità di assistenza remota (Si/No)   |  |
| <b>Manutenzioni preventive programmate (MPP) - Verifiche di sicurezza</b>  |  |
| 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   |  |
| <b>Copertura per la ricezione delle chiamate di intervento tecnico e di erogazione del servizio</b>  |  |
| Copertura oraria giorni <b>feriali</b> per intervento tecnico  |  |
| Copertura oraria il <b>Sabato e Prefestivi</b> (Specificare se: ricezione chiamate, disponibilità intervento tecnico, reperibilità telefonica del tecnico o altro)   |  |
| Copertura del Servizio di Assistenza tecnica la <b>Domenica e Festivi</b> (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 (Si/No) (Descrivere)  |  |
| <b>Servizi forniti dalla Ditta a supporto scientifico metodologico</b>   |  |
| 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 \_\_\_\_\_