

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo-Tecnico
U.O. Ingegneria Clinica

ALLEGATO B

PROCEDURA APERTA N. 86/2016

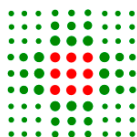
PER LA FORNITURA IN NOLEGGIO SETTENNALE DI UN SISTEMA DIAGNOSTICO OSSEA DIGITALE E ORTOPANTOMOGRFO DIGITALE PER LE ESIGENZE DELLA UO DI RADIOLOGIA DELL'AUSL DI IMOLA

DESCRIZIONE APPARECCHIATURA: SISTEMA DR

Tipologia DM (Codifica CND)	
Nr. REPERTORIO	
Fabbricante	
Modello	

	RISPOSTA DITTA	Note per compilazione
Formazione e Addestramento Personale Sanitario (uso, avvertenze, manutenzione ordinaria, pulizia e disinfezione)		
Durata indicativa prevista della formazione per il personale sanitario (utilizzatore) all'avvio		In giornate di Affiancamento esami all'avvio (almeno 2 gg) – Con possibilità dio accreditamento ECM
Formazione per il personale sanitario (utilizzatore) durante tutta la durata del noleggio		In giornate (almeno 1 anno di contratto) Con possibilità dio accreditamento ECM
Altra tipologia di Formazione proposta		Indicare altre tipologie di formazione /a affiancamento proposte - Con possibilità dio accreditamento ECM
Riferimenti a cui richiedere la formazione:		
Referente:		
Indirizzo		
e-mail:		
CAP:		
Tel.:		
Cell:		
Scheda CV	Vedi Allegato	Allegare Scheda CV con iniziali nomi di tutti i formatori disponibili alla data di presentazione dell'offerta.

**(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE
DELL DITTA FORNITRICE)**



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola**

Dipartimento Amministrativo-Tecnico
U.O. Ingegneria Clinica

ALLEGATO B

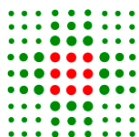
	RISPOSTA DITTA	Note per compilazione
Manutentori autorizzati		
Ragione Sociale:		
Indirizzo:		
Città:		
CAP		
Telefono:		
E-Mail		
Fax:		
Referente tecnico:		
Tel.:		
Cell		
Numero tecnici qualificati ed abilitati ad intervenire sulle apparecchiature offerte:		Per ogni tecnico indicato nella tabella successiva allegare scheda di CV

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					11			
2					12			
3					13			
4					14			
5					15			
6					16			
7					17			
8					18			
9					19			
10					20			

**(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE
DELL DITTA FORNITRICE)**

ALLEGATO A3

2/5



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

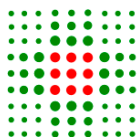
Dipartimento Amministrativo-Tecnico
U.O. Ingegneria Clinica

ALLEGATO B

	RISPOSTA DITTA	Note per compilazione
Impegno a garantire tutte l'assistenza Tecnica (<i>Manodopera specializzata, ricambi originali ed accessori</i>)		
Anni:		(minimo 7) anni dalla data di collaudo

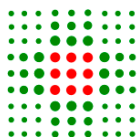
	RISPOSTA DITTA	Note per compilazione
Manutenzioni preventive/programmate (MPP) e Verifiche di Sicurezza Elettrica (VS)		
Numero interventi di MPP previsti dal fabbricante		Almeno 1 anno (allegare estratto manuale)
Attività svolta durante le MPP	Vedi allegato	(allegare check-list)
Tempo medio necessario per lo svolgimento di una MPP		ore/apparecchiatura
Numero di Verifiche di Sicurezza Elettriche rif. Norme CE EN 60601-1 o equivalenti		Almeno 1 anno

**(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE
DELL DITTA FORNITRICE)**



	RISPOSTA DITTA	Note per compilazione
Assistenza di manutenzione Full-RISK		
l'assistenza di manutenzione FULL-RISK da garantire per tutta la durata del contratto di noleggio deve avere le seguenti caratteristiche minime: Illimitati interventi su chiamata Ricambi inclusi (Tube RX e dettore digitali inclusi) MPP secondo quanto previsto dal fabbricante (comprensivi di ricambi, consumabili, kit, accessori, etc) Verifica di Sicurezza Elettrica		
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		
Nell'ambito dell'orario di lavoro sopra indicato, la Ditta si impegna a garantire il rispetto delle seguenti tempistiche:		
Tempo massimo intervento:		max 16 ore lavorative equivalenti a max 2 giorni lavorativi dalla chiamata.
Tempo massimo ripristino:		max 32 ore lavorative equivalenti a max 4 giorni dalla chiamata per il 90% degli interventi
Numero giornate lavorative di fermo macchina previste (esclusa manutenzione programmata)		GG/Anno calcolate su 365 gg/anno

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE
DELL DITTA FORNITRICE)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo-Tecnico
U.O. Ingegneria Clinica

ALLEGATO B

	RISPOSTA DITTA	Note per compilazione
Materiale di consumo (se necessario per il funzionamento dell'apparecchiatura)		
Utilizzo di materiale di consumo dedicato		SI/NO. Se indicato Si compilare anche parte sottostante.
	Se SI, indicare quale:	
monouso		
pluriuso		
	Se NO	
Indicare altri possibili fornitori:		
Sconto sul listino del materiale di consumo (sia dedicato che non dedicato)		% valido per tutta la durata del contratto di noleggio
Impegno a fornire il materiale dedicato al bisogno e alle condizioni del Capitolato Speciale		

RISPOSTA DITTA
Altre ulteriori migliorative proposte

**(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE
DELL DITTA FORNITRICE)**
