

## ALLEGATO B – Scheda assistenza tecnica

Da compilare dettagliatamente in ogni sua parte senza riferimenti  
**ASSISTENZA TECNICA - FORMAZIONE- SUPPORTO SCIENTIFICO**

<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 di disponibilità)
Qualifica insegnante
Sede del corso
Allegare dettagliato piano di formazione
Disponibilità ad organizzare <b>ulteriori corsi di formazione e/o di approfondimento</b> gratuiti per il personale sanitario e/o tecnico nel periodo successivo alla scadenza della garanzia (SI/NO, specificare numero e periodo di tempo successivo alla scadenza della garanzia)
<b>Durata Garanzia</b>
Durata della garanzia: <b>non inferiore a 12 mesi</b> dalla data di collaudo positivo (Se applicabile, specificare durata)
<b>Tempi di intervento e ripristino (Per garanzia, manutenzione in contratto, manutenzione extra contratto)</b>
Tempo massimo di intervento dalla chiamata: <b>non superiore a 8 ore lavorative.</b> (Specificare tempistica)
Tempo massimo di ripristino funzionalità (risoluzione guasto o disponibilità apparecchiatura sostitutiva) dalla chiamata: <b>non superiore a 3 giorni lavorativi.</b> (Specificare tempistica)
Possibilità di assistenza remota (Si/No)
<b>Ricambi ed accessori</b>
Disponibilità ricambi ed accessori per: <b>minimo 10 anni dalla data del collaudo</b> (specificare periodo di disponibilità)
Garanzia sui ricambi allo scadere della garanzia: <b>12 mesi</b> (Specificare durata)
<b>Manutenzioni preventive programmate (MPP) - Verifiche di sicurezza</b>
Numero di interventi di MPP previste dal fabbricante all' anno per ciascuna tipologia di apparecchiatura offerta
Attività svolte durante le manutenzioni programmate (Allegare Check list)
Ore di fermo macchina necessarie per ogni intervento di manutenzione preventiva programmata (specificare per tipologia di dispositivo)
Costo per l'esecuzione delle MPP per tipologia di apparecchiatura, comprensivo di ore lavoro, viaggio, accessori, consumabili, kit, etc
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> (specificare copertura sia per ricezione chiamate che per interventi tecnici)
Servizio di Assistenza erogato il <b>Sabato e Prefestivi</b> (Specificare se: Nessuna copertura, 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 24h/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 a supporto tecnico, scientifico e metodologico
TIMBRO DELLA DITTA E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE _____

