ALLEGATO B

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

ASSISTENZA TECNICA - FORMAZIONE- SUPPORTO SCIENTIFICO E METODOLOGICO

DITTA	
Anagrafica della ditta incaricata dell'assistenza tecnica	
Manutentore Autorizzato	
Ragione Sociale	
Indirizzo	
Tel/Fax	
Certificazioni di qualità possedute	
Area di copertura del servizio di assistenza tecnica	
Numero e qualifica dei tecnici attivi sull'area di copertura	
Numero e qualifica	
Allegare dettagliato organigramma del servizio	
Istruzione e Formazione	
Durata Corso di formazione all' uso del sistema (giorni e tot.ore)	
Qualifica insegnante	
Sede del corso	
Allegare dettagliato piano di formazione	
Disponibilità ad organizzare **ulteriori corsi di approfon-dimento** per il personale tecnico e laureato durante il periodo contrattuale (allegare dettaglio dei corsi, se disponibile)	
Tempi di intervento e ripristino	
Tempo massimo di intervento dalla chiamata : **non superiore a 24 ore solari, sabato e festivi esclusi.** (Specificare tempistica)	
Tempo massimo di ripristino funzionalità (risoluzione guasto o disponibilità apparecchiatura sostitutiva) dal momento di inizio lavoro : **non superiore a 96 ore solari, festivi esclusi.** (Specificare tempistica)	
Il Tempo massimo di ripristino funzionalità deve essere ridotto **a 48 ore solari dalla chiamata,** festivi esclusi nel caso di guasto di un dispositivo non dotato di back up oppure in caso di guasto comtemporaneo dei due strumenti LUMINEX (Specificare tempistica)	
Disponibilità servizio assistenza tecnica : **tecnico in loco** per manutenzioni correttive (Specificare se feriale, prefestivo, festivo ed orario di attività)	
Possibilità di assistenza remota (Si/No)	
Manutenzioni preventive programmate (MPP) e Verifiche di sicurezza	
Numero di interventi di MPP previste dal fabbricante all' anno	
Numero di interventi di MPP proposte	
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	
Copertura per la ricezione delle chiamate di intervento tecnico e di erogazione del servizio	
Copertura oraria giorni **feriali** per interventi tecnici in loco	
Servizio di Assistenza erogato il **Sabato e Prefestivi** (Specificare se :Nessuna copertura, solo ricezione chiamate, disponibilità intervento tecnico in loco, reperibilità telefonica di tecnico, segreteria telefonica o altro)	
Assistenza tecnica telefonica tramite numero verde 24/24 o cellulare di tecnico reperibile (Sì/No) (Descrivere)	
Servizi forniti dalla Ditta a supporto scientifico metodologico	
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 _____