***DITTA MANUTENTRICE***

Per il Dispositivo Medico offerto: TOMOGRAFO COMPUTERIZZATO

Fabbricante       Modello

Repertorio       CND

la ditta indicata per garantire il corretto svolgimento delle manutenzioni preventive e correttive, secondo gli standard previsti dal fabbricante è:

Ragione sociale

Indirizzo

Telefono       Fax

Referente di area       Telefono referente

Sede magazzino       Sede operativa

**Assicura i seguenti orari di:**

**accettazione delle chiamate lavoro** del personale tecnico

Lunedì/Venerdì dalle   alle  Lunedì/Venerdì dalle   alle

Sabato/prefestivi dalle   alle   Sabato/prefestivi dalle   alle

Domenica/festivi dalle   alle   Domenica/festivi dalle   alle

Numero di tecnici **qualificati e abilitati** ad intervenire sulle apparecchiature offerte:

In Italia       Nella zona di riferimento (Emilia-Romagna)

Attraverso la ditta indicata viene garantita assistenza tecnica (manodopera specializzata e fornitura di ricambi originali) dei sistemi offerti per  anni(**periodo non inferiore a 10anni dalla data di collaudo).**

**La ditta si impegna** a comunicare con preavviso di almeno 24 mesi la data di end of service

Durata della garanzia  mesi (durata non inferiore a 24 mesi)

La ditta di impegna a comunicare ogni eventuale variazioni rispetto a quanto sopra indicato, fornendone tempestiva comunicazione al Servizio Ingegneria Clinica

Eventuali difformità rispetto a quanto dichiarato può determinare l’applicazione di penali

* in caso di mancata notifica all’Ingegneria Clinica con un preavviso di almeno 24 mesi dell’End of Service del sistema: penale pari a € 1.000,00

**In caso di mancata assistenza tecnica nell’ambito per periodo temporale sopra riportato l’Azienda USL si riserva di non invitare la ditta alle procedure di fornitura per un periodo da 12 a 24 mesi e segnalare all’ente certificatore**

TIMBRO E FIRMA

DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

DELLA DITTA FORNITRICE

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***PERFORMANCE: TEMPI DI INTERVENTO E RISOLUZIONE***

All’interno dell’orario di lavoro del personale tecnico riportato a pagina 1, la Ditta garantisce i seguenti tempi:

* Tempo massimo di **intervento** ore solari dalla chiamata

**(non superiore a 8 ore solari dalla chiamata)**

* Tempo massimo di **risoluzione del guasto e ripristino della funzionalità** ore lavorative dalla chiamata

**(non superiore a 2 giorni lavorativi dalla chiamata)**

Numero giornate lavorative massime di fermo macchina previste  gg/anno (esclusa manutenzione programmata) calcolata su 365gg/anno (**non superiori a 10 gg/anno)**

Numero giornate lavorative di fermo macchina previste  gg/anno per la manutenzione programmata[[1]](#footnote-2)

Servizio di reperibilità 24h/24

SI  NO

Incluso nel contratto proposto

Escluso dal contratto proposto  Tariffa       €/ora

**Eventuali difformità rispetto a quanto dichiarato può determinare l’applicazione di penale pari**

**Durante la garanzia**

* **Per ogni giorno di ritardo sul tempo di intervento: 7 gg di garanzia aggiuntiva**
* **Per ogni giorno di ritardo sul tempo di risoluzione e ripristino: 15 gg di garanzia aggiuntiva**
* **Per ogni giorno di fermo aggiuntivo oltre al numero massimo di giornate di fermo/anno dichiarati: 1 mese di garanzia aggiuntiva**
* **Mancato invio all’Ingegneria Clinica entro 1 giorno dei fogli di lavoro: 7 gg di garanzia aggiuntiva**

**Scaduta la garanzia**

* **Per ogni giorno di ritardo sul tempo di intervento: storno 7 gg dal canone contratto manutenzione o storno € 250 dal consuntivo di spesa**
* **Per ogni giorno di ritardo sul tempo di risoluzione e ripristino: storno 15 gg dal canone contratto manutenzione o storno € 500 dal consuntivo di spesa**
* **Per ogni giorno di fermo aggiuntivo oltre al numero massimo di giornate di fermo/anno dichiarati: 1 mese mese dal canone contratto manutenzione o storno € 1.000 da un consuntivo di spesa**
* **Mancato invio all’Ingegneria Clinica entro 1 giorno dei fogli di lavoro: : storno 7 gg dal canone contratto manutenzione o storno € 250 dal consuntivo di spesa**

TIMBRO E FIRMA

DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

DELLA DITTA FORNITRICE

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***La valutazione sui tempi di intervento, risoluzione, ricambi, etc... verrà effettuata tenendo conto anche dell’orario di lavoro dei tecnici, risultando migliorativo, a parità dei tempi dichiarati, un orario lavorativo più esteso.***

***MANUTENZIONI PREVENTIVE/PERIODICHE***

Periodicità e attività sono conformi alle indicazioni del Fabbricante

**Periodicità:**  **Manutenzioni Preventive/anno**

Ogni Manutenzione preventiva presuppone un fermo macchina di  giornate lavorative

Descrizione delle **operazioni** di manutenzione preventiva (allegare check list)

**Nell’ambito delle attività di manutenzione preventiva deve essere garantita l’esecuzione con frequenza annuale delle verifiche di sicurezza elettrica in conformità alle norme applicabili (almeno CEI EN 62353)**

**Durante le attività di manutenzione preventiva/periodica viene garantita la sostituzione delle parti di ricambio, materiali usurati e di tutti quelli previsti nei protocolli**

**Durante il periodo di garanzia le manutenzioni preventive/periodiche verranno eseguite secondo gli standard e le periodicità indicate, senza alcun onere aggiuntivo**

**Il programma annuale verrà concordato con gli utilizzatori**

**Il calendario definitivo delle visite dovrà essere trasmesso all’UO di Radiologia e in copia all’Ingegneria Clinica.**

Eventuali variazioni rispetto a quanto sopra indicato dovranno essere comunicate tempestivamente agli utilizzatori e al Servizio Ingegneria Clinica

**Eventuali difformità rispetto a quanto dichiarato può determinare l’applicazione di penale pari**

**Durante la garanzia**

* **Mancata esecuzione di manutenzione/mancato rispetto del calendario: oltre esecuzione della manutenzione e 1 mese di garanzia aggiuntiva**
* **Mancato invio a Ing.Clinica della Check list compilata in seguito ad esecuzione manutenzione: 15 gg di garanzia aggiuntiva**

**Scaduta la garanzia**

* **Mancata esecuzione di manutenzione/mancato rispetto del calendario: esecuzione della manutenzione a titolo gratuito o esecuzione della manutenzione e storno di 1 mese di canone del contratto di manutenzione**
* **Mancato invio a Ingegneria Clinica della Check list compilata in seguito ad esecuzione manutenzione: storno di € 500 dal consuntivo della manutenzione o storno di 15 gg di canone del contratto di manutenzione**

TIMBRO E FIRMA

DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

DELLA DITTA FORNITRICE

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***CONTRATTO DI MANUTENZIONE FULL RISK –detettori e tubi inclusi***

Il contratto di manutenzione full risk prevede:

* esecuzione degli interventi di manutenzioni preventiva-periodica secondo quanto indicato a pagina 3
* verifiche annuali di sicurezza in conformità alle norme applicabili (almeno CEI EN 62353)
* illimitati interventi su chiamata
* ricambi e componenti varie inclusi (anche usurabili)
* aggiornamenti software previsti per migliorare la sicurezza inclusi
* manutenzioni periodiche sulle parti meccaniche e in movimento incluse
* tempistica di intervento, risoluzione, e fermo macchina complessivo secondo quanto indicato a pag 2

Il costo annuo del contratto è pari al  % del valore in offerta dell’apparecchio

(**NON SUPERIORE AL 9% ANNUO**)

Il costo del canone annuale resterà invariato per un periodo di 6 anni dalla data collaudo.

In caso di stipula di un contratto pluriennale, l’eventuale dismissione da parte della AUSL delle apparecchiature prima dello scadere del contratto, comporta l’interruzione del contratto e della fatturazione dalla data di comunicazione del fuori uso.

Le manutenzioni preventive verranno eseguite come già riportato a pagina 3 del presente modulo.

I tempi di intervento e di ripristino saranno conformi a quanto già specificato a pagina 2 del presente modulo

Tutte le attività dovranno essere documentate da rapporti di lavoro firmati dal personale utilizzatore e trasmessi all’Ingegneria Clinica

Eventuali difformità potranno determinare l’applicazione delle penali secondo quanto riportato alle pagine 1, 2 e 3

TIMBRO E FIRMA

DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

DELLA DITTA FORNITRICE

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***TARIFFE INTERVENTI SU CHIAMATA***

Tariffe per interventi su chiamata:

Diritto di chiamata  € Trasferta  €

Tariffa lavorativa  €/ora Costo viaggio (km e ore)  € (indicare il costo complessivo)

Tempo viaggio A/R  ore Altro

***RAPPORTI DI LAVORO***

La ditta manutentrice si impegna a trasmettere all’ingegneria Clinica, al termine di ogni manutenzione di ogni attività effettuata (manutenzione correttiva, preventiva-periodica o altro intervento), copia del rapporto di lavoro contenente almeno le seguenti indicazioni:

- Nome del tecnico esecutore - identificativo apparecchio

- data e ora inizio e fine intervento - attività svolte (aderenti al protocollo)

- ricambi e materiali sostituiti - esito della manutenzione

- firma del tecnico

Il rapporto di lavoro è ritenuto valido solo se controfirmato da personale della Neuroradiologia

**Per le manutenzioni Preventive/Periodiche al foglio di lavoro deve essere allegata la check list compilata**

Copia dei rapporti di lavoro attestanti le attività svolte devono essere inviate entro 1 giorno dall’esecuzione all’Ingegneria Clinica per la verifica del rispetto delle clausole contrattuali

***MIGLIORIE***

Evidenziare eventuali ulteriori aspetti migliorativi proposti

Eventuali difformità potranno determinare l’applicazione delle penali secondo quanto riportato alle pagine 1, 2 e 3

TIMBRO E FIRMA

DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

DELLA DITTA FORNITRICE

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Il dato deve essere coerente con quanto indicato a pagina 3 [↑](#footnote-ref-2)