

**Fornitura in service di sistemi sottovuoto e a temperatura controllata per la conservazione e il trasporto dei pezzi chirurgici e la riduzione del rischio da esposizione a formalina**

**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	
Disponibilità ad organizzare <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, sabato e festivi esclusi.</b> (Specificare tempistica)	
Tempo massimo di ripristino funzionalità (risoluzione guasto o disponibilità apparecchiatura sostitutiva) dal momento di inizio lavoro : <b>non superiore a 72 ore solari, sabato e festivi esclusi.</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	
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	
<b>Copertura per la ricezione delle chiamate di intervento tecnico e di erogazione del servizio</b>	
Copertura oraria giorni <b>feriali</b> 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 24/24 o cellulare di tecnico reperibile (Si/No, specificare)	
<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 _____	