

## ALLEGATO B – Scheda assistenza tecnica

Da compilare dettagliatamente in ogni sua parte senza riferimento ad allegati se non richiesto  
**ASSISTENZA TECNICA - FORMAZIONE- SUPPORTO SCIENTIFICO E METODOLOGICO**

### **LOTTO 1 INIETTORI AUTOMATICI DI M.d.C. PER ANGIOGRAFIA/EMODINAMICA**

<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>Tempi di intervento e ripristino (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 2 giorni lavorativi.</b> (Specificare tempistica)	
Apparecchiatura di back up disponibile presso la struttura	
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 per ciascuna tipologia di apparecchiatura offerta	
Descrivere dettagliatamente le attività svolte durante le manutenzioni programmate	
Ore di fermo macchina necessarie per ogni intervento di manutenzione preventiva programmata (specificare per tipologia di dispositivo)	
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 _____	