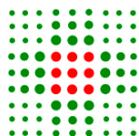


ALLEGATO B - SCHEDA ASSISTENZA TECNICA E FORMAZIONE

APPLICABILE A TUTTE LE APPARECCHIATURE FORNITE (Rif. PUNTO 1.1 AL 1.13)

Note per compilazione			
Formazione e Addestramento Personale Sanitario (uso, avvertenze, manutenzione ordinaria, pulizia e disinfezione) e supporto telefonico			
In giornate. Almeno 3 gg continuative	/affiancamento sul posto per personale utilizzatore all'avvio STERILIZZATRICI (Rif.1.6-1.10)		
In giornate. Almeno 3 gg continuative	/affiancamento sul posto per personale utilizzatore all'avvio TUNNEL (Rif.1.1, 1.1a, e 1.3)		
In giornate. Almeno 5 gg continuative	/affiancamento sul posto per personale utilizzatore all'avvio MA TRACCIABILITA' (Rif.1.8)		
In giornate. Almeno 2 gg continuative	/affiancamento sul posto per personale utilizzatore all'avvio APPARECCHIATURE (Restanti punti)		
In giornate post-conclusione affiancamento: Almeno 30 gg continuativi dal lun-ven 8-18 Indicare durata in giorni e orari	contatto telefonico diretto per il supporto post formazione o all'avviamento tecnologico o all'esclusione Sistema di Tracciabilità)		
In giornate post-conclusione affiancamento: Almeno 30 gg continuativi dal lun-ven 8-18 e sab. 8-12 Indicare durata in giorni e orari	contatto telefonico diretto per il supporto all'avviamento tecnologico, o il mantenimento remoto del Sistema di Tracciabilità		
In giornate/anno. Almeno 2 gg	addestramento personale utilizzatore e tutta la durata del noleggio		
Indicare altre tipologie di formazione /a affiancamento proposte - Indicare se con possibilità di accreditamento ECM	Tipologia di Formazione proposta		
SI - NO - INPARTE	Accreditamento ECM per tutti gli affiancamenti sopra indicati		
ALTRO: Fornire documento esplicativo di quanto sopra riportato, indicando modalità, riferimenti (es. telefonici) e quanto richiesto e allegando Scheda CV con iniziali nomi di tutti i formatori disponibili alla data di presentazione dell'offerta.			

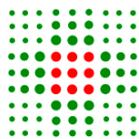
(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE
DELLA DITTA FORNITRICE)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

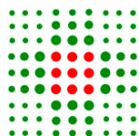
Dipartimento Amministrativo-Tecnico
U.O. Ingegneria Clinica

	RISPOSTA DITTA	Note per compilazione
Manutentori autorizzati		
Sede Italiana		
Ragione Sociale:		
Indirizzo:		
Città:		
CAP		
Telefono:		OBBLIGATORIA
PEC (servizio di assistenza)		OBBLIGATORIA
E-Mail		OBBLIGATORIA
Fax:		
Referente:		
Tel.:		
Cell		
Numero tecnici qualificati ed abilitati ad intervenire sulle apparecchiature offerte:		Per ogni tecnico indicato nella tabella successiva allegare scheda di CV
Sede regionale/di Area		
Ragione Sociale:		
Indirizzo:		
Città:		
CAP		
Telefono:		OBBLIGATORIA
PEC (servizio di assistenza)		OBBLIGATORIA
E-Mail		OBBLIGATORIA
Fax:		
Referente:		
Tel.:		
Cell		
Numero tecnici qualificati ed abilitati ad intervenire sulle apparecchiature offerte:		Per ogni tecnico indicato nella tabella successiva allegare scheda di CV



TECNICI FORMATI E AGGIORNATI PER ASSISTENZA								
Rif.	Iniziale Tecnico	Anni Esperienza	Zona Emilia Romagna (SI/NO)		Rif.	Iniziale Tecnico	Anni Esperienza	Zona Emilia Romagna (SI/NO)
1					16			
2					17			
3					18			
4					19			
5					20			
6					21			
7					22			
8					23			
9					24			
10					25			
11					26			
12					27			
13					28			
14					29			
15					30			

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE
DELLA DITTA FORNITRICE)



Impegno a garantire tutte l'assistenza Tecnica (Manodopera specializzata, ricambi originali ed accessori)

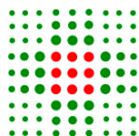
Anni:

(minimo 9) anni dalla data di collaudo

	RISPOSTA DITTA	Note per compilazione
Manutenzioni preventive/programmate (MPP) e Verifiche di Sicurezza Elettrica (VS)		
Numero interventi di MPP previsti dal fabbricante	Vedi allegato	Almeno 1 anno (allegare estratto manuale)
Attività svolta durante le MPP	Vedi allegato	(allegare check-list)
Tempo medio necessario per lo svolgimento di una MPP	Vedi allegato	ore/apparecchiatura
Numero di Verifiche di Sicurezza Elettriche rif. Norme CE EN 60601-1 o equivalenti	Vedi allegato	Almeno 1 anno

Fornire tabella allegata con le informazioni richieste per ogni modello di apparecchiatura offerta (Rif. PUNTO 1.1 AL 1.13) ove applicabile.

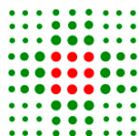
**(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE
DELL DITTA FORNITRICE)**



	RISPOSTA DITTA	Note per compilazione
Assistenza di manutenzione Full-RISK		
l'assistenza di manutenzione FULL-RISK da garantire per tutta la durata del contratto di noleggio deve avere le seguenti caratteristiche minime: Illimitati interventi su chiamata Ricambi inclusi e parti usurabili incluse (esclusi detersivi e materiale di consumo) MPP secondo quanto previsto dal fabbricante (comprensivi di ricambi, consumabili, kit, accessori, etc) Verifica di Sicurezza Elettrica		
Orari e Tempistiche		
Orario di Ricezione Chiamate (Telefoniche e/o tramite FAX)		
LUN-VEN		
dalle		
alle		
SABATO e Prefestivi		
dalle		
alle		
DOMENICA e Festivi		
dalle		
alle		
Orario di lavoro		
LUN-VEN		
dalle		
alle		
SABATO e Prefestivi		
dalle		
alle		
DOMENICA e Festivi		
dalle		
alle		
Nell'ambito dell'orario di lavoro sopra indicato, la Ditta si impegna a garantire il rispetto delle seguenti tempistiche:		
Tempo massimo intervento:		Ottimale 8 ore lavorative equivalenti a max 1 giorni lavorativi dalla chiamata (*) Max 16 ore lavorative equivalenti a max 2 giorni lavorativi dalla chiamata.
Tempo massimo ripristino:		Ottimale 16 ore lavorative equivalenti a max 2 giorni lavorativi dalla chiamata (*) Max 32 ore lavorative equivalenti a max 4 giorni dalla chiamata*

(*) Valori inferiori non verranno valutati come migliorativi se non opportunamente relazionati con evidenze atte a migliorare i tempi indicati. Possibile indicare valori anche differenti per classi di apparecchiature.

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE
DELL DITTA FORNITRICE)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

Dipartimento Amministrativo-Tecnico
U.O. Ingegneria Clinica

	RISPOSTA DITTA	Note per compilazione
Impegno a garantire tutte l'assistenza Tecnica (<i>Manodopera specializzata, ricambi originali ed accessori</i>)		
Anni:		(minimo 9) anni dalla data di collaudo

RISPOSTA DITTA
Altre ulteriori migliorative proposte

(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE
DELL DITTA FORNITRICE)
