ALLEGATO B – Scheda assistenza t

Da compilare dettagliatamente in ogni sua parte senza riferimento a

ASSISTENZA TECNICA - FORMAZIONE- SUPPORTO SCIENTIFIC

FORNITURA IN NOLEGGIO DI SISTEMI COMPLETI E DI MATERIALI
DELL'INSUFFICIENZA RENALE ACUTA

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 di disponibilità)
Qualifica insegnante
Sede del corso
Allegare dettagliato piano di formazione
Disponibilità ad organizzare **ulteriori corsi di formazione e/o di approfondimento** 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)
Tempi di intervento e ripristino (manutenzione in contratto, manutenzione extra contratto)
Tempo massimo di intervento dalla chiamata: **non superiore a 8 ore lavorative.** (Specificare tempistica)
Tempo massimo di ripristino funzionalità (risoluzione guasto o disponibilità apparecchiatura sostitutiva) dalla chiamata: **non superiore a 2 giorni lavorativi.** (Specificare tempistica)
Apparecchiatura di back up disponibile presso la struttura
Possibilità di assistenza remota (Si/No)
Manutenzioni preventive programmate (MPP) - Verifiche di sicurezza
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
Copertura per la ricezione delle chiamate di intervento tecnico e di erogazione del servizio
Copertura oraria giorni **feriali** (specificare copertura sia per ricezione chiamate che per interventi tecnici)
Servizio di Assistenza erogato il **Sabato e Prefestivi** (Specificare se: Nessuna copertura, ricezione chiamate, disponibilità intervento tecnico, reperibilità telefonica del tecnico o altro)
Copertura del Servizio di Assistenza tecnica la **Domenica e Festivi** (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)
Servizi forniti dalla Ditta a supporto scientifico metodologico
Specificare eventuali ulteriori servizi proposti dalla Ditta a supporto tecnico, scientifico e metodologico
TIMBRO DELLA DITTA E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE _____

ecnica

ad allegati se non richiesto

CO E METODOLOGICO

DI CONSUMO PER IL TRATTAMENTO
(CRRT)