

ALLEGATO B – Condizioni di fornitura e di assistenza tecnica

Da compilare dettagliatamente in ogni sua parte senza riferimento ad allegati se non richiesto

CONDIZIONI DI FORNITURA	
Consegna e installazione	
Necessità impiantistiche particolari per l'installazione dei sistemi offerti (Specificare e allegare eventuali schede per l'installazione)	
Tempi di consegna dalla data di ordine (Specificare)	
Referente per le attività di collaudo (indicare nominativo e contatti)	
Indicare eventuali attività/servizi necessari all'installazione e al corretto funzionamento a carico delle Aziende Sanitarie	
Istruzione e Formazione	
Durata Corso di formazione all' uso del sistema per ogni Azienda Sanitaria (giorni e tot. ore di disponibilità)	
Qualifica insegnante	
Sede del corso	
Disponibilità ad organizzare ulteriori corsi di formazione e/o di approfondimento gratuiti per il personale sanitario e/o tecnico	
Allegare proposta progetto di formazione	
ASSISTENZA TECNICA	
Anagrafica della ditta incaricata dell'assistenza tecnica	
Manutentore Autorizzato	
Ragione Sociale	
Indirizzo	
Tel/Fax	
E-mail	
PEC	
Referente assistenza tecnica (indicare nominativo e contatti)	
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 CV dei tecnici	
Tempi di intervento e ripristino	
Tempo massimo di intervento dalla chiamata (Specificare tempistica in ore lavorative)	

Tempo massimo di ripristino funzionalità (risoluzione guasto o disponibilità apparecchiatura sostitutiva) dalla chiamata (Specificare tempistica in giorni lavorativi)	
Possibilità di assistenza remota (Si/No)	
Manutenzioni preventive programmate (MPP) - Verifiche di sicurezza (SE I DATI RICHIESTI SONO DIFFERENTI PER I SISTEMI OFFERTI, SPECIFICARE PER OGNIUNO DI QUESTI)	
Numero di interventi di MPP previste dal fabbricante e garantite dal fornitore all'anno (in garanzia/contratto) per ciascuna tipologia di apparecchiatura offerta	
Ore di fermo macchina necessarie per ogni intervento di manutenzione preventiva programmata (specificare per tipologia di dispositivo)	
Numero di verifiche di sicurezza e controlli funzionali previsti dal fabbricante (e/o dalle norme tecniche) e garantite dal fornitore all'anno (in garanzia/contratto) per ciascuna tipologia di apparecchiatura offerta	
Allegare proposta di report/check list delle attività di manutenzione preventiva: uno per le attività a carico degli utilizzatori e uno per le attività a carico dei tecnici, indicando, per ciascuna di queste, i riferimenti al manuale d'uso e di service del fabbricante	
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)	
SUPPORTO SCIENTIFICO E METODOLOGICO	
Specificare eventuali ulteriori servizi proposti dalla Ditta a supporto tecnico, scientifico e metodologico	