

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 LOTTO 1

Consegna e installazione

Necessità impiantistiche particolari per l'installazione dei sistemi offerti (Specificare e **allegare eventuali schede per l'installazione**)

Tempi di consegna **inferiori a 40 giorni** 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 dell'Azienda Ospedaliera

Durata servizio assistenza tecnica incluso nel noleggio

Durata **60 mesi** dalla data di collaudo positivo

Istruzione e Formazione

Durata Corso di formazione all' uso del sistema (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 nel periodo successivo alla scadenza della garanzia (SI/NO, specificare numero e periodo di tempo successivo alla scadenza della garanzia)

Allegare proposta progetto di formazione

CONDIZIONI ASSISTENZA TECNICA INCLUSE NEL CANONE DI NOLEGGIO

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: **non superiore a 8 ore lavorative.** (Specificare tempistica)

Tempo massimo di ripristino funzionalità (risoluzione guasto o disponibilità apparecchiatura sostitutiva) dalla chiamata: **non superiore a 3 giorni lavorativi.** (Specificare tempistica)

Eventuali apparecchiature fornite a **titolo di back-up** (Si/No, specificare numero e tipo)

Possibilità di assistenza remota (Si/No)

Manutenzioni preventive programmate (MPP) - Verifiche di sicurezza

Numero di interventi di MPP previste dal fabbricante e garantite dal fornitore all'anno

Ore di fermo macchina necessarie per ogni intervento di manutenzione preventiva programmata (specificare per tipologia di dispositivo)

verifiche di sicurezza e controlli funzionali previsti dal fabbricante (e/o dalle norme tecniche) e garantite dal fornitore all'anno

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	
TIMBRO DELLA DITTA E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE _____	