

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 2

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 Garanzia

Durata della garanzia (**full risk su sistemi e accessori inclusi in offerta**): **non inferiore a 24 mesi** dalla data di collaudo positivo (Specificare durata)

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

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 (Per garanzia, 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 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 (**SE I DATI RICHIESTI SONO DIFFERENTI PER I SISTEMI OFFERTI, SPECIFICARE PER OGNUNO 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

Ricambi ed accessori (SE I DATI RICHIESTI SONO DIFFERENTI PER I SISTEMI OFFERTI, SPECIFICARE PER OGNUNO DI QUESTI)	
Disponibilità ricambi ed accessori per: minimo 10 anni dalla data del collaudo (specificare periodo di disponibilità)	
Garanzia sui ricambi allo scadere della garanzia: 12 mesi (Specificare durata)	
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 _____	