

<b>ACCORDO QUADRO PER LA FORNITURA DI SISTEMI PER LA CHIRURGIA CON ASSISTENZA ROBOTICA PER IMPIANTI PROTESI DEL GINOCCHIO</b>	<b>ASSISTENZA POST-VENDITA</b>
	<b>Allegato B</b>

## *Sistema per chirurgia con assistenza robotica*

Per il Dispositivo Medico offerto:

Fabbricante Modello  
Repertorio CND

la ditta indicata per garantire il corretto svolgimento delle manutenzioni preventive e correttive, secondo gli standard previsti dal fabbricante è:

## Ragione sociale

## Indirizzo

Telefono

### Referente di area

## Sede magazzino

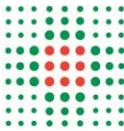
## ASSISTENZA POST-VENDITA

## Allegato B

Assicura i seguenti orari di:					
accettazione delle chiamate			lavoro del personale tecnico		
Lunedì/Venerdì	dalle	alle	Lunedì/Venerdì	dalle	alle
Sabato/prefestivi	dalle	alle	Sabato/prefestivi	dalle	alle
Domenica/festivi	dalle	alle	Domenica/festivi	dalle	alle

Attraverso la ditta indicata viene garantita assistenza tecnica (manodopera specializzata e fornitura di ricambi originali) dei sistemi offerti per l'intero periodo

**TIMBRO E FIRMA  
DEL LEGALE RAPPRESENTANTE  
DELLA DITTA FORNITRICE**



<b>ACCORDO QUADRO PER LA FORNITURA DI SISTEMI PER LA CHIRURGIA CON ASSISTENZA ROBOTICA PER IMPIANTI PROTESI DEL GINOCCHIO</b>	<b>ASSISTENZA POST-VENDITA</b>
	<b>Allegato B</b>

**ATTIVITA' E PERFORMANCE**

Attività minime da assicurare durante l'intero periodo contrattuale

- illimitati interventi su chiamata
- ricambi e componenti varie inclusi (anche usurabili)
- esecuzione degli interventi di manutenzioni preventiva-periodica secondo quanto indicato a pagina 4
- verifiche annuali di sicurezza in conformità EN 60601-1 e EN 60601-1-1 se necessario
- aggiornamenti software previsti per migliorare la sicurezza del sistema

All'interno dell'orario di lavoro del personale tecnico riportato a pagina 2, la Ditta garantisce i seguenti tempi

- Tempo massimo di **intervento** ore solari dalla chiamata
- Tempo massimo di **risoluzione del guasto e ripristino della funzionalità** giorni lavorativi dalla chiamata  
**(non superiore a 3 giorni lavorativi dalla chiamata):**  
**3 giorni lavorativi dalla chiamata = 0 punti;**  
**2 giorni lavorativi dalla chiamata = 1 punto;**  
**1 giorno lavorativo dalla chiamata = 3 punti**

Numero giornate lavorative massime di fermo macchina previste gg/anno (inclusa manutenzione programmata) calcolata su 365gg/anno **(non superiori a 12 gg/anno)**

**12 giorni /anno = 0 punti;**

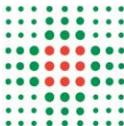
**10 giorni /anno = 2 punti;**

Numero giornate lavorative di fermo macchina previste gg/anno per la manutenzione programmata<sup>1</sup>

Tutte le attività dovranno essere documentate da rapporti di lavoro firmati dal personale utilizzatore e trasmessi all'Ingegneria Clinica

**TIMBRO E FIRMA  
DEL LEGALE RAPPRESENTANTE  
DELLA DITTA FORNITRICE**

<sup>1</sup> Il dato deve essere coerente con quanto indicato a pagina 4



<b>ACCORDO QUADRO PER LA FORNITURA DI SISTEMI PER LA CHIRURGIA CON ASSISTENZA ROBOTICA PER IMPIANTI PROTESI DEL GINOCCHIO</b>	<b>ASSISTENZA POST-VENDITA</b>
	<b>Allegato B</b>

**MANUTENZIONI PREVENTIVE/PERIODICHE**

Periodicità e attività sono conformi alle indicazioni del Fabbricante

**Periodicità: Manutenzioni Preventive/anno**

Ogni Manutenzione preventiva presuppone un fermo macchina di giornate lavorative

Descrizione delle **operazioni** di manutenzione preventiva (allegare check list)

**Nell'ambito delle attività di manutenzione preventiva deve essere garantita l'esecuzione con frequenza annuale delle verifiche di sicurezza elettrica in conformità alle EN 60601-1 (e EN 60601-1-1 se necessario)**

**Durante le attività di manutenzione preventiva/periodica viene garantita la sostituzione delle parti di ricambio, materiali usurati e di tutti quelli previsti nei protocolli**

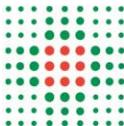
**Durante il periodo di garanzia le manutenzioni preventive/periodiche verranno eseguite secondo gli standard e le periodicità indicate, senza alcun onere aggiuntivo**

**Il programma annuale verrà concordato con gli utilizzatori**

**Il calendario definitivo delle visite dovrà essere trasmesso all'UO utilizzatrice e in copia all'Ingegneria Clinica.**

Eventuali variazioni rispetto a quanto sopra indicato dovranno essere comunicate tempestivamente agli utilizzatori e al Servizio Ingegneria Clinica

**TIMBRO E FIRMA  
DEL LEGALE RAPPRESENTANTE  
DELLA DITTA FORNITRICE**



<b>ACCORDO QUADRO PER LA FORNITURA DI SISTEMI PER LA CHIRURGIA CON ASSISTENZA ROBOTICA PER IMPIANTI PROTESI DEL GINOCCHIO</b>	<b>ASSISTENZA POST-VENDITA</b>	
		<b>Allegato B</b>

***Materiale e strumentario pluriuso***  
*(per ogni fabbricante inserire scheda di riferimento)*

Per il Dispositivi Medici offerto:

Fabbricante

la ditta indicata per garantire il corretto svolgimento delle manutenzioni preventive e correttive, secondo gli standard previsti dal fabbricante è:

Ragione sociale

Indirizzo

Telefono

Fax

Referente di area

Telefono referente

Sede magazzino

Sede operativa

Attraverso la ditta indicata viene garantita assistenza tecnica (manodopera specializzata e fornitura di ricambi originali) dei sistemi offerti per l'intero periodo

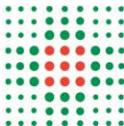
Reintegro/riparazione entro 2 giorni lavorativi dalla richiesta

SI

NO

**TIMBRO E FIRMA  
DEL LEGALE RAPPRESENTANTE  
DELLA DITTA FORNITRICE**

---



<b>ACCORDO QUADRO PER LA FORNITURA DI SISTEMI PER LA CHIRURGIA CON ASSISTENZA ROBOTICA PER IMPIANTI PROTESI DEL GINOCCHIO</b>	<b>ASSISTENZA POST-VENDITA</b>	
		<b>Allegato B</b>

***Materiale impiantabile-protesi e materiale monouso***  
***(per ogni fabbricante inserire scheda di riferimento)***

Per il Dispositivi Medici offerto:

Fabbricante

la ditta indicata per garantire il corretto svolgimento delle manutenzioni preventive e correttive, secondo gli standard previsti dal fabbricante è:

Ragione sociale

Indirizzo

Telefono

Fax

Referente di area

Telefono referente

Sede magazzino

Sede operativa

Attraverso la ditta indicata viene garantita assistenza tecnica (manodopera specializzata e fornitura di ricambi originali) dei sistemi offerti per l'intero periodo

Reintegro di ogni componente impiantata entro 48 ore lavorative dalla comunicazione di avvenuto utilizzo

SI

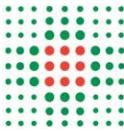
NO

Consegna del materiale entro 48 ore solari dal ricevimento ordine

SI

NO

**TIMBRO E FIRMA  
DEL LEGALE RAPPRESENTANTE  
DELLA DITTA FORNITRICE**



<b>ACCORDO QUADRO PER LA FORNITURA DI SISTEMI PER LA CHIRURGIA CON ASSISTENZA ROBOTICA PER IMPIANTI PROTESI DEL GINOCCHIO</b>	<b>ASSISTENZA POST-VENDITA</b>	
		<b>Allegato B</b>

**ADDESTRAMENTO**

La durata del programma di addestramento del personale sanitario dovrà garantire la formazione di tutto il personale addetto all'utilizzo e potrà essere organizzato in settimane non consecutive, se richiesto dai referenti Aziendali. Il programma presentato dovrà riportare la sintesi degli argomenti trattati e l'impegno orario previsto per l'addestramento e la proposta operativa per la formazione

**La ditta si impegna a garantire:**

Addestramento del personale nella fase di avvio, garantendo sessioni successive su richiesta del personale coordinatore del Blocco Operatorio; l'addestramento deve includere attività di aggiornamento e verifica del mantenimento delle skill

SI

NO

Supporto tecnico in sala nella fase di avvio e su richiesta del personale coordinatore: il supporto deve essere garantito da personale specialista di prodotto. Il supporto deve includere assistenza tecnico/ingegneristica presso i siti IOR.

SI

NO

Dopo l'aggiudicazione la redazione del programma definitivo concordandolo con i referenti indicati dall'azienda prima della conclusione dell'installazione;

SI

NO

Per tutta la durata del contratto (fino al termine del periodo di garanzia), la disponibilità - senza oneri aggiuntivi- a reiterare le iniziative formative qualora si rilevassero carenze formative o si verificasse la necessità di formare all'uso personale aggiuntivo

SI

NO

**Allegare relazione riportante**

*Programma formazione per operatori sanitari per l'utilizzo dei sistemi offerti*

*Modalità proposte per "certificare" le attività di addestramento effettuate per singolo operatore sanitario (programma, valutazione ed esito valutazione)*

**TIMBRO E FIRMA  
DEL LEGALE RAPPRESENTANTE  
DELLA DITTA FORNITRICE**