

Allegato B

Scheda assistenza tecnica e riferimenti normativi

Tipo Apparecchio:

Modello:

Fabbricante:

Fornitore:

Anno inizio produzione:

Codice CND:

Numero identificativo di registrazione al Repertorio DM:

Destinazione d'uso del dispositivo dichiarata dal fabbricante nel manuale:

Conformità a disposizioni e norme

- Direttiva Europea Dispositivi Medici (93/42): SI NO
- Regolamento Europeo Dispositivi Medici (2017/745): SI NO
- Classe di rischio: I IIa IIb III
- Organismo Notificato n°:
- Altre Direttive:
- Norma armonizzata EN 61010-1 (CEI 66.5): SI NO

Manutentore autorizzato

Sede Italiana

Ragione Sociale:

Indirizzo: Città: CAP:
Telefono: Fax: e_mail:
Referente: Tel.: Cell.:

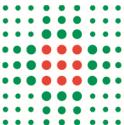
Sede regionale

Ragione Sociale:

Indirizzo: Città: CAP:
Telefono: Fax: e_mail:
Referente: Tel.: Cell.:

Orario di lavoro

Lun-Ven: dalle alle



Sabato/Prefestivi: dalle alle
Domenica/Festivi: dalle alle

Tempistiche

Tempo massimo di intervento dalla chiamata: ore lavorative (**non superiore a 8 ore lavorative, escluso sabato e festivi**)

Tempo massimo di ripristino funzionalità (risoluzione guasto o disponibilità apparecchiatura sostitutiva) dalla chiamata: ore lavorative (**non superiore a 24 ore lavorative escluso sabato e festivi**)

Tempo massimo di consegna parti di ricambio: giorni lavorativi (**non superiore a 2 giorni lavorativi**)

Manutenzioni preventive/programmate (MPP)

Numero interventi di MPP previsti dal fabbricante: /anno

Tempo medio necessario per lo svolgimento di una MPP: ore

Attività svolta durante le MPP: **allegare check-list**