

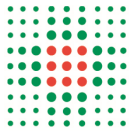
Allegato B

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):	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
- Regolamento Europeo Dispositivi Medici (2017/745):	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Classe di rischio:	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III
Organismo Notificato n°:			
- Altre Direttive:			
- Norma armonizzata EN 61010-1 (CEI 66.5):	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> 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**