

ALLEGATO B – Condizioni di fornitura e di assistenza tecnica

Da compilare dettagliatamente in ogni sua parte senza riferimento ad allegati se non richiesto

DITTA PARTECIPANTE:

CONDIZIONI DI FORNITURA**Consegna e installazione**Necessità impiantistiche particolari per l'installazione dei sistemi offerti (Specificare e **allegare eventuali schede per l'installazione**)Tempi di consegna **massimo 30 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 GaranziaDurata della garanzia: **non inferiore a 12 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

Tempi di intervento e ripristino (Per garanzia, manutenzione in contratto, manutenzione extra contratto)Tempo massimo di intervento dalla chiamata: **non superiore a 48 ore solari, sabato e festivi esclusi** (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 (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**Disponibilità ricambi ed accessori per: **minimo 10 anni dalla data del collaudo** (specificare periodo di disponibilità)Garanzia sui ricambi allo scadere della garanzia: **6 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)

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