

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna	MODULO Informazioni sulla manutenzione di apparecchiature biomediche	MR/P01/02 Rev. 00 Pag. 1/1
U.O. Fisica Medica e Ingegneria Clinica Direttore Dott. Stefano Sanniti		

DITTA OFFERENTE:

CIG:

DATI RELATIVI ALL'APPARECCHIATURA OFFERTA

(compilare un modulo per ciascuna tipologia di apparecchiature offerta, senza alcun riferimento ai prezzi)

TIPOLOGIA

CONSTRUTTORE

MODELLO

CIVAB

CND:

n° REPERTORIO Disp Med :

POS. AMMINISTRATIVA: ☐ACQUISTO ☐DONAZIONE ☐LOCAZIONE ☐SERVICE ☐COMODATO ☐ALTRO

<u>TEMPI DI CONSEGNA</u> (max 30 giorni dalla data di aggiudicazione)	n° gg <input type="checkbox"/> solari <input type="checkbox"/> lavorativi
<i>PENALE TEMPI DI CONSEGNA</i>	€ 100/giorno solare

DURATA CONTRATTO: mesi

Nel periodo di garanzia (o contratto) la ditta svolgerà:

INTERVENTI SU CHIAMATA FULL RISK/ANNO	ILLIMITATI
INTERVENTI SU CHIAMATA presso AUSL	SI
PEZZI DI RICAMBIO INCLUSI	SI
AGGIORNAMENTI SOFTWARE INCLUSI	SI
AGGIORNAMENTI HARDWARE INCLUSI	SI
DISPONIBILITA' FORNITURA APPARECCHIO SOSTITUTIVO (MULETTO)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
TEMPI MASSIMI DI INIZIO INTERVENTO TECNICO IN LOCO (max 24 ore solari dalla notifica via call center o mail o fax, festivi inclusi)	n° ore solari
<i>PENALE TEMPI DI INIZIO INTERVENTO TECNICO</i>	€ 150/gg solare
TEMPI MASSIMI DI FINE INTERVENTO TECNICO (max 48 ore solari dalla notifica via call center o mail o fax, festivi inclusi)	n° ore solari
<i>PENALE TEMPI DI FINE INTERVENTO TECNICO</i>	€ 150/gg solare
VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA al termine degli interventi di manutenzione correttiva nelle condizioni previste dalle EN 62353	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> N.A.
MANUTENZIONI PREVENTIVE (secondo quando indicato dal costruttore e nel manuale d'uso)	<input type="checkbox"/> n° /anno <input type="checkbox"/> n° 1/ anni <input type="checkbox"/> N.A.
<i>PENALE MANUTENZIONE PREVENTIVA NON ESEGUITA</i>	€ 150/gg solare
VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA (<input type="checkbox"/> EN 62353 <input type="checkbox"/> EN 61010-1)	<input type="checkbox"/> n° /anno <input type="checkbox"/> n° 1/ anni <input type="checkbox"/> N.A.
VERIFICHE FUNZIONALI	<input type="checkbox"/> n° /anno <input type="checkbox"/> n° 1/ anni <input type="checkbox"/> N.A.
VERIFICHE PRESTAZIONALI (NORME CEI PARTICOLARI)	<input type="checkbox"/> n° /anno <input type="checkbox"/> n° 1/ anni <input type="checkbox"/> N.A.
CONTROLLI DI QUALITA'	<input type="checkbox"/> n° /anno <input type="checkbox"/> n° 1/ anni <input type="checkbox"/> N.A.
TARATURE/CALIBRAZIONI	<input type="checkbox"/> n° /anno <input type="checkbox"/> n° 1/ anni <input type="checkbox"/> N.A.
SOSTITUZIONE BATTERIA (secondo quando indicato dal costruttore e nel manuale d'uso)	<input type="checkbox"/> n° /anno <input type="checkbox"/> n° 1/ anni <input type="checkbox"/> N.A.

SOSTITUZIONE MATERIALE USURABILE (secondo quanto indicato dal costruttore e nel manuale d'uso): indicare quale/i:	<input type="checkbox"/> h° /anno <input type="checkbox"/> h° 1/ anni <input type="checkbox"/> N.A.
<i>PENALE VERIFICA O CONTROLLO NON ESEGUITO</i>	<i>€ 150/gg solare</i>

INDICAZIONE DEI CONTATTI PER L'ASSISTENZA TECNICA

Nome ditta:

indirizzo (sede legale): Telefono: FAX: indirizzo (sede operativa):

Telefono: FAX:

Mail *:

**Saranno ritenute inviate ufficialmente le richieste di assistenza trasmesse tramite mail. Si prega di notificare eventuali variazioni nel tempo dei contatti suindicati.*

Data / / **Timbro e Firma Rappresentante Ditta** _____