



DITTA OFFERENTE: _____

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

DATI RELATIVI ALL'APPARECCHIATURA

➤ TIPOLOGIA _____

➤ FABBRICANTE _____

➤ MODELLO _____ COD. ART. FABBRICANTE (REF) _____

➤ CND _____ n° REPERTORIO Disp Med _____

PIANO MANUTENZIONE come previsto dal FABBRICANTE e dal MANUALE D'USO/SERVICE e/o dalla norma specifica _____					
	Consigliato	Obbligatorio	N.A.	Periodicità	Pag. Manuale d'uso/service
MANUTENZIONI PREVENTIVE (allegare eventuale checklist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> semestrale <input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> biennale <input type="checkbox"/> altro: _____	
VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA <input type="checkbox"/> CEI 62-148 (EN 62353) <input type="checkbox"/> CEI 66-5 (EN 61010-1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> semestrale <input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> biennale <input type="checkbox"/> altro: _____	
VERIFICHE PRESTAZIONALI (NORME CEI _____ particolari)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> semestrale <input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> biennale <input type="checkbox"/> altro: _____	
CONTROLLI DI QUALITA' (es. apparecchiature diagnostica per immagini)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> semestrale <input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> biennale <input type="checkbox"/> altro: _____	
TARATURE / CALIBRAZIONI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> semestrale <input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> biennale <input type="checkbox"/> altro: _____	
SOSTITUZIONE BATTERIA (es: interna, tampone)					
> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> altro: _____	
> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> altro: _____	
SOSTITUZIONE MATERIALE USURABILE					
> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> altro: _____	
> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> altro: _____	
> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> altro: _____	

TRATTAMENTO DATI PERSONALI (Classificazione GDPR: Regolamento Generale (UE) 2016/679)

L'apparecchiatura gestisce dati del paziente? ☐ no, nessun dato ☐ solo dati paziente corrente ☐ sì, con archivio dati pazienti

DATI RELATIVI ALL'ASSISTENZA TECNICA

Nome ditta: _____ Partita Iva _____


Indirizzo (sede legale): _____ Telefono: _____ FAX: _____

Indirizzo (sede operativa): _____ Telefono: _____ FAX: _____

Mail Assistenza Tecnica: _____

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

Timbro e Firma Rappresentante Ditta _____

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna	MODULO Informazioni sulla manutenzione di apparecchiature biomediche	Rev. 01 del 30/04/2023
		MR/P01/02 Pag. 2/2
U.O. Fisica Medica e Ingegneria Clinica Direttore Dott. Stefano Sanniti		

DATI RELATIVI ALL'OFFERTA

DURATA GARANZIA (O CONTRATTO) : _____ mesi **CIG:** _____ (LOTTO _____)

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

TEMPI DI CONSEGNA (dalla data di invio dell'ordine)	n° _____ gg <input type="checkbox"/> solari <input type="checkbox"/> lavorativi
PENALE TEMPI DI CONSEGNA (come da capitolato)	<input type="checkbox"/> non prevista <input type="checkbox"/> € _____/giorno <input type="checkbox"/> solare <input type="checkbox"/> lavorativo I. E.

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

INTERVENTI SU CHIAMATA FULL RISK	<input type="checkbox"/> ILLIMITATI <input type="checkbox"/> n° ____/anno <input type="checkbox"/> NO
INTERVENTI SU CHIAMATA presso AUSL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO *
PEZZI DI RICAMBIO INCLUSI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
AGGIORNAMENTI SOFTWARE INCLUSI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
AGGIORNAMENTI HARDWARE INCLUSI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
DISPONIBILITA' FORNITURA APPARECCHIO SOSTITUTIVO (MULETTO)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
TEMPI DI INIZIO INTERVENTO TECNICO (dalla notifica via call center o mail o fax)	n° _____ ore <input type="checkbox"/> solari <input type="checkbox"/> lavorative
PENALE TEMPI DI INIZIO INTERVENTO TECNICO (come da capitolato)	<input type="checkbox"/> non prevista <input type="checkbox"/> € _____/gg <input type="checkbox"/> solare <input type="checkbox"/> lavorativo I. E.
TEMPI DI FINE INTERVENTO TECNICO (dalla notifica via call center o mail o fax)	n° _____ ore <input type="checkbox"/> solari <input type="checkbox"/> lavorative
PENALE TEMPI DI FINE INTERVENTO TECNICO (come da capitolato)	<input type="checkbox"/> non prevista <input type="checkbox"/> € _____/gg <input type="checkbox"/> solare <input type="checkbox"/> lavorativo I. E.
VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA al termine di interventi di manutenzione correttiva (nei casi previsti da normativa es. EN 62353)	<input type="checkbox"/> SI
N° MASSIMO GIORNI DI FERMO MACCHINA/ANNO	n° _____ gg <input type="checkbox"/> solari <input type="checkbox"/> lavorativi
PENALE N°MAX GG FERMO MACCHINA/ANNO (come da capitolato)	<input type="checkbox"/> non prevista <input type="checkbox"/> € _____/gg <input type="checkbox"/> solare <input type="checkbox"/> lavorativo I. E.

PIANO MANUTENZIONE come da offerta (nel rispetto delle **condizioni minime** indicate **in capitolato e dal fabbricante** suindicate)

CONTROLLI svolti dalla ditta in garanzia (o contratto):	N.A.	Periodicità
MANUTENZIONI PREVENTIVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> semestrale <input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> biennale <input type="checkbox"/> altro: _____
PENALE MANUTENZIONE PREVENTIVA NON ESEGUITA (come da capitolato)		<input type="checkbox"/> non prevista <input type="checkbox"/> € _____ I. E.
VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA <input type="checkbox"/> CEI 62-148 (EN 62353) <input type="checkbox"/> CEI 66-5 (EN 61010-1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> semestrale <input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> biennale <input type="checkbox"/> altro: _____
VERIFICHE PRESTAZIONALI (NORME CEI _____ particolari)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> semestrale <input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> biennale <input type="checkbox"/> altro: _____
CONTROLLI DI QUALITA' (es. apparecchiature diagnostica per immagini)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> semestrale <input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> biennale <input type="checkbox"/> altro: _____
TARATURE / CALIBRAZIONI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> semestrale <input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> biennale <input type="checkbox"/> altro: _____
SOSTITUZIONE BATTERIA (es: interna, tampone)		
> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> semestrale <input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> biennale <input type="checkbox"/> altro: _____
> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> semestrale <input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> biennale <input type="checkbox"/> altro: _____
SOSTITUZIONE MATERIALE USURABILE		
> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> semestrale <input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> biennale <input type="checkbox"/> altro: _____
> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> semestrale <input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> biennale <input type="checkbox"/> altro: _____
> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> semestrale <input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> biennale <input type="checkbox"/> altro: _____
PENALE VERIFICA O CONTROLLO NON ESEGUITO (come da capitolato)		<input type="checkbox"/> non prevista <input type="checkbox"/> € _____ I. E.

* In caso di interventi **non** effettuati presso AUSL, l'apparecchiatura in assistenza viene:

☐ spedita, a carico AUSL, all'indirizzo: _____

☐ ritirata, a carico della ditta, secondo le seguenti modalità: _____

Data ____/____/____

Timbro e Firma Rappresentante Ditta _____