**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**       **UDI-ID**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PIANO MANUTENZIONE** come previsto dal **FABBRICANTE** e dal **MANUALE D’USO/SERVICE** e/odalla **norma specifica** | | | | | |
|  | **Consigliato** | **Obbligatorio** | **N.A.** | **Periodicità** | **Pag. Manuale d’uso/service** |
| MANUTENZIONI PREVENTIVE  (allegare eventuale checklist) |  |  |  | semestrale  annuale  biennale  altro: |  |
| VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA  CEI 62-148 (EN 62353)  CEI 66-5 (EN 61010-1) |  |  |  | semestrale  annuale  biennale  altro: |  |
| VERIFICHE PRESTAZIONALI  (NORME CEI       particolari) |  |  |  | semestrale  annuale  biennale  altro: |  |
| CONTROLLI DI QUALITA’  (es. apparecchiatura diagnostica per immagini) |  |  |  | semestrale  annuale  biennale  altro: |  |
| TARATURE/CALIBRAZIONI |  |  |  | semestrale  annuale  biennale  altro: |  |
| SOSTITUZIONE BATTERIA (es: interna, tampone)  ›  › |  |  |  | annuale  altro:  annuale  altro: |  |
| SOSTITUZIONE MATERIALE USURABILE  ›  ›  › |  |  |  | annuale  altro:  annuale  altro:  annuale  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.*

**DATI RELATIVI ALL’OFFERTA**

**DURATA GARANZIA :** **mesi**

**POS. AMMINISTRATIVA:** ACQUISTO DONAZIONE LOCAZIONE SERVICE COMODATO

|  |  |
| --- | --- |
| **TEMPI DI CONSEGNA** (max --- giorni solari dalla data di invio dell’ordine) | n°       gg solari |
| *PENALE TEMPI DI CONSEGNA* | *Come da capitolato* |

**Nel periodo di garanzia la ditta svolgerà:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| INTERVENTI SU CHIAMATA FULL RISK/ANNO | | | ILLIMITATI |
| INTERVENTI SU CHIAMATA presso AUSL | | | SI NO \* |
| PEZZI DI RICAMBIO INCLUSI | | | SI |
| AGGIORNAMENTI SOFTWARE INCLUSI | | | SI NO |
| AGGIORNAMENTI HARDWARE INCLUSI | | | SI NO |
| DISPONIBILITA’ FORNITURA APPARECCHIO SOSTITUTIVO (MULETTO) | | | SI NO |
| TEMPI MASSIMI DI INIZIO INTERVENTO TECNICO (**max n. ore come da capitolato, dalla notifica** via call center o mail o fax - sabato e festivi esclusi) | | | n°       ore lavorative |
| *PENALE TEMPI DI INIZIO INTERVENTO TECNICO* | *Come da capitolato* | | |
| TEMPI MASSIMI DI FINE INTERVENTO TECNICO (**max n. ore come da capitolato dalla notifica** via call center o mail o fax - sabato e festivi esclusi) | | | n°       ore lavorative |
| *PENALE TEMPI DI FINE INTERVENTO TECNICO* | *Come da capitolato* | | |
| VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA al termine degli interventi di manutenzione correttiva nelle condizioni previste dalle EN 62353 | | SI N.A. | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| TEMPO MASSIMO ANNUO DI FERMO MACCHINA (max 15 giorni solari incluse MP) | | n°       giorni solari |
| *PENALE TEMPI DI FERMO MACCHINA ANNUO* | *Come da capitolato* | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 |  | semestrale  annuale  biennale   altro: | |
| *PENALE MANUTENZIONE PREVENTIVA NON ESEGUITA (come da capitolato)* | | | *Come da capitolato* |
| VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA (almeno 1/anno)  CEI 62-148 (EN 62353)  CEI 66-5 (EN 61010-1) |  | semestrale  annuale  biennale   altro: | |
| VERIFICHE PRESTAZIONALI  (NORME CEI       particolari) |  | semestrale  annuale  biennale   altro: | |
| TARATURE / CALIBRAZIONI |  | semestrale  annuale  biennale   altro: | |
| SOSTITUZIONE BATTERIA (es: interna, tampone)  ›  › |  | semestrale  annuale  biennale   altro:  semestrale  annuale  biennale   altro: | |
| SOSTITUZIONE MATERIALE USURABILE  ›  › |  | semestrale  annuale  biennale   altro:  semestrale  annuale  biennale   altro: | |
| *PENALE VERIFICA O CONTROLLO NON ESEGUITO* | | | *Come da capitolato* |

**\*** 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**