**Allegato B - Scheda ASSISTENZA TECNICA E FORMAZIONE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **RISPOSTA DITTA** | **Note per compilazione e requisiti minimi**  |
| **Formazione e Addestramento Personale Sanitario** (uso, avvertenze, manutenzione ordinaria, pulizia e disinfezione) e supporto telefonico |
| **Durata della formazione/affiancamento sul posto per il personale utilizzatore all’avvio** | **GG:** | In giornate. **Almeno 2 gg continuative** |
| **Formazione/affiancamento personale utilizzatore durante tutta la durata del Noleggio**  |  | In giornate/anno. **Almeno 2 gg**  |
| **Altra tipologia di Formazione proposta** |  | Indicare altre tipologie di formazione /a affiancamento proposte - **Indicare se con possibilità di accreditamento ECM e CFP** |
| **Disponibilità di Accreditamento ECM e CFP per tutti gli eventi formativi e di affiancamento sopra indicati** |  | **SI - NO - INPARTE** |
| **ALTRO:****Fornire documento esplicativo di quanto sopra riportato, indicando modalità, riferimenti (es. telefonici) e quanto richiesto e allegando Scheda CV con inziali nomi di tutti i formatori disponibili alla data di presentazione dell’offerta**.  |

**(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL DITTA FORNITRICE)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | **RISPOSTA DITTA** | **Note per compilazione e requisiti minimi** |
| **Manutentori autorizzati**  |
| **Sede Italiana** |   |   |
| Ragione Sociale: |  |   |
| Indirizzo: |  |   |
| Città: |  |   |
| CAP |  |   |
| Telefono: |  | **OBBLIGATORIA** |
| PEC (servizio di assistenza) |  | **OBBLIGATORIA** |
| E-Mail |  | **OBBLIGATORIA**  |
| Fax: |  |   |
| Referente: |  |   |
| Tel.: |  |   |
| Cell  |  |   |
| Numero tecnici qualificati ed abilitati ad intervenire sulle apparecchiature offerte: |  |  Per ogni tecnico indicato nella tabella successiva allegare scheda di CV |
| **Sede regionale/di Area** |   |   |
| Ragione Sociale: |  |   |
| Indirizzo: |  |   |
| Città: |  |   |
| CAP |  |   |
| Telefono: |  | **OBBLIGATORIA** |
| PEC (servizio di assistenza) |  | **OBBLIGATORIA** |
| E-Mail |  | **OBBLIGATORIA**  |
| Fax: |  |   |
| Referente: |  |   |
| Tel.: |  |   |
| Cell |  |   |
| Numero tecnici qualificati ed abilitati ad intervenire sulle apparecchiature offerte: |  |  Per ogni tecnico indicato nella tabella successiva allegare scheda di CV |

|  |
| --- |
| **TECNICI FORMATI E AGGIORNATI PER ASSISTENZA** |
| **Rif.** | **Iniziale Tecnico** | **Anni Esperienza** | **Zona Emilia Romagna (SI/NO)** |  | **Rif.** | **Iniziale Tecnico** | **Anni Esperienza** | **Zona Emilia Romagna (SI/NO)** |
| **1** |  |  |  | **16** |  |  |  |
| **2** |  |  |  | **17** |  |  |  |
| **3** |  |  |  | **18** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  | **19** |  |  |  |
| **5** |  |  |  | **20** |  |  |  |
| **6** |  |  |  | **21** |  |  |  |
| **7** |  |  |  | **22** |  |  |  |
| **8** |  |  |  | **23** |  |  |  |
| **9** |  |  |  | **24** |  |  |  |
| **10** |  |  |  | **25** |  |  |  |
| **11** |  |  |  | **26** |  |  |  |
| **12** |  |  |  | **27** |  |  |  |
| **13** |  |  |  | **28** |  |  |  |
| **14** |  |  |  | **29** |  |  |  |
| **15** |  |  |  | **30** |  |  |  |

**(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL DITTA FORNITRICE)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **RISPOSTA DITTA** | **Note per compilazione e requisiti minimi** |
| **Manutenzioni preventive/programmate (MPP)** e Verifiche di Sicurezza Elettrica (VS) |
| **Numero interventi di MPP previsti dal fabbricante** |  | Almeno 1 anno (allegare estratto manuale) |
| **Attività svolta durante le MPP** |  | (allegare check-list) |
| **Tempo medio necessario per lo svolgimento di una MPP** |  | ore/apparecchiatura |
| **Numero di Verifiche di Sicurezza Elettriche rif. Norme CE EN 61010-1 o equivalente** |  | Almeno 1 ANNO |

**(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL DITTA FORNITRICE)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **RISPOSTA DITTA** | **Note per compilazione e requisiti minimi** |
| **Assistenza di manutenzione Full-RISK**  |
| **I’assistenza di manutenzione FULL-RISK da garantire per tutta la durata del contratto di noleggio deve avere le seguenti caratteristiche minime:** |
| Illimitati interventi su chiamata |  |  |
| Ricambi inclusi, parti usurabili incluse, consumabili . INCLUSE SONDE ECOGRAFICHE Non funzionanti per qualsiasi motivo (inclusa caduta accidentale, urto, ecc.) |
| MPP secondo quanto previsto dal fabbricante (comprensivi di ricambi, consumabili, kit, accessori, etc) Verifica di Sicurezza Elettriche |
| **Orari e Tempistiche** |
| **Orario di Ricezione Chiamate (Telefoniche e/o tramite FAX)**  |
|   | LUN-VEN  |   |
| **dalle** |  |   |
| **alle** |  |   |
|   | SABATO e Prefestivi |   |
| **dalle** |  |   |
| **alle** |  |   |
|   | DOMENICA e Festivi |   |
| **dalle** |  |   |
| **alle** |  |   |
| **Orario di lavoro** |   |   |
|   | LUN-VEN  |   |
| **dalle** |  |   |
| **alle** |  |   |
|   | SABATO e Prefestivi |   |
| **dalle** |  |   |
| **alle** |  |   |
|   | DOMENICA e Festivi |   |
| **dalle** |  |   |
| **alle** |  |   |
| Nell’ambito dell’orario di lavoro sopra indicato, la Ditta si impegna a garantire il rispetto delle seguenti tempistiche: |
| **Tempo massimo intervento:** |  | Max 16 ore lavorative equivalenti a max 2 giorni lavorativi dalla chiamata. (**\*)** |
| **Tempo massimo ripristino:** |  | Max 32 ore lavorative equivalenti a max 4 giorni dalla chiamata. (**\*)** |
| **Fermo macchina annuale (macchina indisponibile) ad esclusione del tempo di manutenzione preventiva ed eventuale consegna apparecchiature sostitutive equivalenti** |  | Max 10 gg lavorativi |

**(\*) Valori inferiori a 8 ore lavorative non verranno valutati come migliorativi se non opportunamente relazionati con evidenze atte a migliorare i tempi indicati.**

**(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL DITTA FORNITRICE)**

|  |
| --- |
| **RISPOSTA DITTA** |
| **Altre ulteriori migliorative proposte (es. Teleassistenza, ecc..)** |
|  |

**(TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL DITTA FORNITRICE)**