

"MODULO DOCUMENTAZIONE PER LA FORNITURA DI APPARECCHIATURE AD USO CLINICO"

Il Fornitore dovrà riconsegnare una copia del presente modulo compilata in tutte le sue parti per ogni modello di apparecchiatura fornita.

- ◆ Ciascun modulo (composto da tre fogli) dovrà essere restituito **timbrato e firmato da un Legale Rappresentante della ditta fornitrice**, completo di tutte le informazioni richieste, essenziali ai fini della conclusione del contratto d'acquisto; La parte relativa alle "Informazioni sulla Manutenzione" dovrà essere sottoscritta anche dal Responsabile del Servizio di Assistenza Tecnica.
- ◆ **Il presente modulo è allegato al documento: Condizioni per la fornitura di apparecchiature ad uso clinico "in acquisto"**

INFORMAZIONI GENERALI

Classe merceologica: _____

Modello: _____

Costruttore: _____

Indicazione della **destinazione d'uso**: _____

Codifica **CND** relativa al Numero di Repertorio dei Dispositivi Medici (classificazione del Ministero della Salute):

Codice CIVAB : _____

Data inizio produzione (anno): _____

Data inizio commercializzazione in Italia (anno): _____

Data di costruzione dell'apparecchio offerto (anno): _____

Indicare se l'apparecchio è riparabile? **SI** **NO** (spec..) _____

Dichiarazione CEE: **93/42** **98/79IVD** **Altro** _____

Il dispositivo medico è conforme alle norme CEI/UNI/ISO/altro e ai Decreti leggi attualmente vigenti, ivi compresi per gli apparecchi radiologici : **NO** **SI** (spec..) _____

➤ per trattative per l'ACQUISTO di apparecchiature, indicare :

- Periodo di garanzia assicurato dal Produttore (mesi): _____

- Periodo di garanzia assicurato dal Fornitore (mesi): _____

ESIGENZE DI INSTALLAZIONE

• Tensione di alimentazione (Volts): _____ Nr. di fasi _____

• Potenza assorbita (Watts) _____

• Esigenza di alimentazione ininterrotta (UPS): si (>> potenza (W): _____ <<) no

• Limiti di temperatura ambientale di funzionamento: MIN: _____ °C MAX: _____ °C

- Limiti di umidità ambientale di funzionamento: MIN: _____ °C MAX: _____ °C
 - Indicazioni particolari necessarie per il trasporto e la sua collocazione nel locale:

 - Ulteriori esigenze tecniche necessarie per l'installazione, e l'uso sicuro dell'apparecchiatura
ad esempio: tipo di gas (tecnico/medicinale), piastre di appoggio, areazione del locale, acqua, scarico, ecc

- Nota: i collegamenti dei beni forniti agli impianti sono a carico del Fornitore (es. innesti gas, tubi scarico, ecc)

INFORMAZIONE SULLA MANUTENZIONE

RIFERIMENTI per contattare l'assistenza tecnica:

ditta: _____

giorni e orario d'ufficio: _____

Telefono: _____ Fax: _____

Email: _____

- Assegnazione di n° di chiamata ad ogni richiesta di intervento: sì no
 - Tempi di intervento: entro ___ ore entro ___ giorni solari (**se migliore** delle prescrizioni di capitolato)
 - Tempo MAX di risoluzione del guasto _____ giorni solari (**se migliore** delle prescrizioni di capitolato)
 - Disponibilità ad eseguire gli interventi tecnici presso il reparto: sì no
- In caso di risposta negativa indicare le modalità per il recapito dello strumento alla ditta e le azioni intraprese per garantire la continuità del servizio: _____*

- Disponibilità a fornire copia del manuale tecnico/service: sì no

- Indicare di seguito la **periodicità** degli interventi che verranno effettuati sulle apparecchiature,

verifiche di sicurezza (mesi) 6 12 24 altro _____

◆ **manutenzioni programmate** (mesi):

- manutenzione conservativa: 6 12 24 altro _____

- verifiche funzionali e tarature: 6 12 24 altro _____

Gli interventi programmati dovranno essere eseguiti conformemente a quanto stabilito dal Costruttore.

*Nel caso **NON si indicasse alcuna periodicità**, è **obbligatorio** allegare la copia del manuale uso/tecnico o dichiarazione del COSTRUTTORE a supporto di quanto dichiarato.*

Il Responsabile del Servizio di Assistenza Tecnica: (nome e cognome) _____

Firma _____

N.B.: modifiche successive ai contenuti di questo modulo non saranno accettate se gli elementi variati sono stati oggetto di valutazione di gara