



(RIFERIMENTO OFFERTA: DITTA \_\_\_\_\_ NR. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_)

## Mod02PG1MQ7 "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" e "in concessione d'uso" ovvero a richiesta di donazione/sperimentazione.**

### 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..) \_\_\_\_\_

**Timbro e firma del Legale Rappresentante – per accettazione** \_\_\_\_\_





(RIFERIMENTO OFFERTA: DITTA \_\_\_\_\_ NR. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_)

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

- Periodo di garanzia assicurato dal Produttore (mesi): \_\_\_\_\_
- Periodo di garanzia assicurato dal Fornitore (mesi): \_\_\_\_\_

➤ **per trattative in CONCESSIONE D'USO (comodato d'uso, service, noleggio, etc.), indicare:**

- valore dell'apparecchiatura (€, iva inclusa): \_\_\_\_\_
- ditta **proprietaria** dei beni \_\_\_\_\_

**ESIGENZE DI INSTALLAZIONE**

- Assorbimento elettrico di spunto (Ampere): \_\_\_\_\_ Frequenza (Hz) \_\_\_\_\_
- Tensione di alimentazione (Volts): \_\_\_\_\_ Nr. di fasi \_\_\_\_\_
- Potenza assorbita (Watts) \_\_\_\_\_
- Esigenza di alimentazione stabilizzata entro: \_\_\_\_\_
- Esigenza di alimentazione ininterrotta (UPS):  si ( >> potenza (W): \_\_\_\_\_ <<)  no
- Calore disperso nell'ambiente: \_\_\_\_\_
- 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)

**Timbro e firma del Legale Rappresentante – per accettazione** \_\_\_\_\_

USC APPROVVIGIONAMENTI Cod. MOD02PG1M07 "DOCUMENTAZIONE PER LA FORNITURA DI APPARECCHIATURE AD USO CLINICO"

Data 06/03/2013 Rev. 01





(RIFERIMENTO OFFERTA: DITTA \_\_\_\_\_ NR. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_)

**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:  si  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:  si  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:  si  no

- Indicare di seguito la **periodicità** degli interventi che verranno effettuati sulle apparecchiature, nel **periodo di garanzia** per i beni in acquisto, e durante tutto il periodo di utilizzo per i beni forniti in concessione d'uso:

◆ **verifiche di sicurezza** (mesi)  6  12  24  altro \_\_\_\_\_

*Comprende una verifica generale e la verifica di sicurezza elettrica (come indicato dalle norme/guide CEI/UNI). E' **OBBLIGATORIA** per gli apparecchi forniti in concessione d'uso con periodicità almeno annuale per i dispositivi medici e biennale per quelli da laboratorio, salvo diversa valutazione a seguito dell'analisi del rischio, che la stessa ditta dovrà allegare in copia.*

◆ **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**

**Timbro e firma del Legale Rappresentante – per accettazione** \_\_\_\_\_

