

**ASST DI BERGAMO OVEST  
TREVIGLIO**

**INDAGINE DI MERCATO PER LA FORNITURA DI N. 1 COLONNA PER PROCEDURE  
ENDOSCOPICHE (GASTROSCOPIA/COLONSCOPIA) AD ALTA DEFINIZIONE E  
STRUMENTI A CORREDO OCCORRENTE AL SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA  
DELL'OSPEDALE DI ROMANO DI LOMBARDIA**

**Allegato 9**

(inserire nella busta telematica contenente la documentazione tecnica)

***SCHEDA ASSISTENZA TECNICA FULL-RISK  
(compilare per ogni lotto di partecipazione)***

Ditta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Garanzia ed Assistenza full-risk, per i primi 12 mesi, riguardano le manutenzioni programmate e su chiamata necessarie per il perfetto, costante, continuo e regolare funzionamento delle apparecchiature.

Le apparecchiature s'intendono coperte da garanzia full risk per la durata di 12 mesi dalla data del collaudo, senza oneri a carico dell'Azienda. Il livello di assistenza minimo che la ditta è tenuta a garantire durante tutto il periodo comprende:

- Manutenzione preventiva: esecuzione delle manutenzioni preventive nel numero previsto dal manuale di service dell'apparecchiatura (almeno una visita annuale), comprensive di verifiche di sicurezza elettrica ai sensi della UNI EN 60601.2 e delle verifiche funzionali e relative tarature.
- Manutenzione correttiva: Numero illimitato di interventi correttivi per guasti o malfunzionamenti del bene o di parti di esso, sia presso le sedi dell'Azienda che presso i laboratori della ditta; sostituzione di tutte le parti, accessori e quant'altro componga l'apparecchiatura nella configurazione fornita, che subiscano guasti di "natura tecnica", inclusi gli accessori eventualmente forniti.
- Manutenzione adeguativa riguardante l'aggiornamento del software e degli eventuali interventi di rimessa a norma.
- Apparecchiatura sostitutiva nei periodi di indisponibilità per riparazioni superiori alle 24 ore.
- Spese di viaggio, diaria e mano d'opera del personale

Dalla garanzia sono esclusi:

Il costo dei ricambi per le riparazioni per danni dovuti a: furto, negligenza o dolo.

## QUESTIONARIO

Tempi di installazione dell'apparecchiatura dalla data di messa a disposizione dei locali destinati ad accoglierla	
Garanzia full-risk	12 mesi
Tempo massimo (ore solari non lavorative) dalla chiamata per l'intervento (max ore 12)	
Tempo massimo (ore lavorative non solari) per la risoluzione del guasto (max 24 ore)	
Numero degli anni per i quali saranno reperibili le parti di ricambio	
Fornitura di apparecchiatura sostitutiva	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Numero di visite periodiche ordinarie effettuate per garantire il corretto funzionamento delle apparecchiature, al di fuori delle chiamate per malfunzionamento (minimo 2 visite annue)	<input type="checkbox"/> tramite altra ditta
L'assistenza tecnica sarà effettuata	<input type="checkbox"/> da proprio personale <input type="checkbox"/> tramite altra ditta
Centro tecnico che curerà l'assistenza delle apparecchiature:	
Nome centro: ----- sede: -----	
tel. ----- Fax -----	
Numero dei tecnici addetti per la zona	-----
In caso di chiamata per assistenza l'intervento avverrà	<input type="checkbox"/> solo in giorni feriali escluso sabato  <input type="checkbox"/> solo in giorni feriali incluso sabato Per il sabato, specificare eventuali limitazioni (es. solo in caso di urgenza) -----  <input type="checkbox"/> sia in giorni feriali che festivi Per i festivi, specificare eventuali limitazioni (es. solo in caso di urgenza) -----

Modalità di ricevimento delle chiamate per segnalare guasti o malfunzionamenti:

☐ Chiamata telefonica ordinaria con risposta da parte di operatore non automatico:

dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

nei giorni \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

☐ Telefax:

dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

nei giorni \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ./.

☐ Email (obbligatoria

☐ Numero verde:

dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

nei giorni \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

☐ Altro, (*specificare*) \_\_\_\_\_:

dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

nei giorni \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Ogni altra ulteriore informazione che la ditta ritiene opportuno segnalare (*limitarsi al numero di righe indicate*):

-----

-----

-----

-----

*Firma del Legale Rappresentante\**

*\*o altra persona avente i poteri di impegnare la ditta*

\_\_\_\_\_

\*(Cognome e nome del firmatario vanno riportati a caratteri dattiloscritti o a mezzo timbro. La firma va apposta per esteso e autenticata ai sensi di legge. In alternativa è necessario allegare copia fotostatica, anche non autenticata, di un valido documento di identità del sottoscrittore