

DITTA OFFERENTE: _____ **CIG:** _____

DATI RELATIVI ALL'APPARECCHIATURA OFFERTA

(compilare un modulo per ciascuna tipologia di apparecchiatura offerta, senza alcun riferimento di prezzo)

➤ **TIPOLOGIA**

➤ **COSTRUTTORE** _____

➤ **MODELLO** _____ **CIVAB** _____

➤ **CND:** _____ **n° REPERTORIO Disp Med :** _____

TEMPI DI CONSEGNA (dalla data di invio dell'ordine)	n° _____ gg solari (MAX 20 GG SOLARI DA CAPITOLATO)
<i>PENALE TEMPI DI CONSEGNA (come da capitolato)</i>	€ 365,00 / giorno lavorativo I. E.

DURATA GARANZIA: _____ **mesi**

Nel periodo di garanzia la ditta svolgerà:

INTERVENTI SU CHIAMATA FULL RISK / ANNO	<input type="checkbox"/> ILLIMITATI <input type="checkbox"/> n° _____ <input type="checkbox"/> NO
INTERVENTI SU CHIAMATA presso AUSL	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
PEZZI DI RICAMBIO INCLUSI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
AGGIORNAMENTI SOFTWARE INCLUSI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
AGGIORNAMENTI HARDWARE INCLUSI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
DISPONIBILITA' FORNITURA APPARECCHIO SOSTITUTIVO (MULETTO)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
TEMPI DI INIZIO INTERVENTO TECNICO (dalla notifica via call center o mail o fax)	n° _____ ore lavorative (ENTRO 48 ORE SOLARI)
<i>PENALE TEMPI DI INIZIO INTERVENTO TECNICO (come da capitolato)</i>	€ 365,00 / giorno lavorativo I. E.
TEMPI DI FINE INTERVENTO TECNICO (dalla notifica via call center o mail o fax)	n° _____ ore lavorative (MAX 72 ORE SOLARI)
<i>PENALE TEMPI DI FINE INTERVENTO TECNICO (come da capitolato)</i>	€ 365,00 / giorno lavorativo I. E.
VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA al termine degli interventi di manutenzione correttiva	<input type="checkbox"/> SI
N° MASSIMO GIORNI DI FERMO MACCHINA/ANNO	n° _____ gg lavorativi
<i>PENALE N° MAX GG FERMO MACCHINA/ANNO</i>	€ 150,00/ giorno lavorativo I. E.
MANUTENZIONI PREVENTIVE (secondo quanto indicato dal costruttore e nel manuale d'uso)	<input type="checkbox"/> n° ____/anno <input type="checkbox"/> n° 1/____ anni <input type="checkbox"/> N.A.
<i>PENALE MANUTENZIONE PREVENTIVA NON ESEGUITA</i>	€ 150,00 I. E.
VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA (<input type="checkbox"/> CEI 62.353 <input type="checkbox"/> CEI 66.5)	<input type="checkbox"/> n° ____/anno <input type="checkbox"/> n° 1/____ anni <input type="checkbox"/> N.A.
VERIFICHE FUNZIONALI	<input type="checkbox"/> n° ____/anno <input type="checkbox"/> n° 1/____ anni <input type="checkbox"/> N.A.
VERIFICHE PRESTAZIONALI (NORME CEI _____ PARTICOLARI)	<input type="checkbox"/> n° ____/anno <input type="checkbox"/> n° 1/____ anni <input type="checkbox"/> N.A.
CONTROLLI DI QUALITA'	<input type="checkbox"/> n° ____/anno <input type="checkbox"/> n° 1/____ anni <input type="checkbox"/> N.A.
TARATURE / CALIBRAZIONI	<input type="checkbox"/> n° ____/anno <input type="checkbox"/> n° 1/____ anni <input type="checkbox"/> N.A.
SOSTITUZIONE BATTERIA (secondo quanto indicato dal costruttore e nel manuale d'uso)	<input type="checkbox"/> n° ____/anno <input type="checkbox"/> n° 1/____ anni <input type="checkbox"/> N.A.
SOSTITUZIONE MATERIALE USURABILE (secondo quanto indicato dal costruttore e nel manuale d'uso): indicare quale/i: _____	<input type="checkbox"/> n° ____/anno <input type="checkbox"/> n° 1/____ anni <input type="checkbox"/> N.A.
<i>PENALE VERIFICA O CONTROLLO NON ESEGUITO</i>	€ 150,00 I. E.

INDICAZIONE DEI CONTATTI PER L'ASSISTENZA TECNICA

Nome ditta: _____

indirizzo (sede legale): _____ Telefono: _____ FAX: _____

indirizzo (sede operativa): _____ Telefono: _____ FAX: _____

Mail *: _____

*Saranno ritenute inviate ufficialmente le richieste di assistenza trasmesse tramite mail. Si prega di notificare eventuali variazioni nel tempo dei contatti suindicati.

Data ____/____/____

Timbro e Firma Rappresentante Ditta _____