

SERVIZIO SANITARIO – REGIONE SARDEGNA
AZIENDA U.S.L. N° 3 NUORO

ALLEGATO “A”

All’offerta n° del

La dichiarazione di cui sotto deve essere debitamente firmata, timbrata e rispedita insieme all’offerta.

La mancanza di tale dichiarazione comporta automaticamente l’esclusione dell’offerta dalla gara.

- Si dichiara di fornire gratuitamente i manuali di servizio di tutti i componenti di ogni apparecchiatura offerta, comprensivi degli schemi elettrici, elettronici e meccanici.
- Si dichiara di fornire gratuitamente i manuali d’uso, in duplice copia, di ogni apparecchiatura offerta in lingua italiana.
- Si dichiara di fornire gratuitamente la lista delle parti di ricambio ed una lista con i codici d’ordine per eventuali materiali di consumo (cavi, elettrodi, ecc.).
- Si dichiara di fornire gratuitamente un protocollo di manutenzione preventiva consigliato.
- Si dichiara di effettuare gratuitamente un corso di formazione completo al personale preposto all’utilizzo dell’apparecchiatura tenuto presso la nostra sede (specificare la qualifica e l’esperienza del personale che effettua l’istruzione). (*)

(*) A tale proposito si avvisa che, anche se il collaudo tecnico-funzionale ha avuto esito positivo, il pagamento della fattura sarà comunque vincolato alla consegna di un apposito modulo attestante la formazione erogata. Tale modulo vi verrà consegnato durante la fase di collaudo e dovrà essere restituito al servizio acquisti debitamente compilato e firmato dal responsabile del Reparto/Servizio.

Data

Timbro e firma del legale rappresentante della Ditta Fornitrice

SERVIZIO SANITARIO – REGIONE SARDEGNA
AZIENDA U.S.L. N° 3 NUORO

ALLEGATO “B” – SCHEDA TECNICA PRELIMINARE

All’offerta n° del

Scheda tecnica relativa ad apparecchiature elettriche, elettroniche e biomediche da compilare integralmente da parte della ditta offerente. Tale scheda deve essere compilata **per ogni apparecchiatura offerta** e deve essere debitamente firmata, timbrata e rispedita insieme all’offerta.

La mancanza o una compilazione incompleta della presente scheda tecnica può rappresentare motivo di esclusione dell'offerta dalla gara di acquisto.

| INFORMAZIONI GENERALI SULL'APPARECCHIATURA | | |
|--|--|--------------|
| | | Codice CIVAB |
| Tipologia: | | |
| Modello: | | |
| Produttore: | | |
| Nazione di produzione: | | |
| Importatore: | | |
| Fornitore: | | |
| Data di inizio produzione | | anno |
| Data di inizio commercializzazione in Italia | | anno |
| Data di costruzione dell'apparecchiatura offerta | | anno |
| Periodo di garanzia assicurato dal produttore | | mesi |
| Periodo di garanzia assicurato dal fornitore | | mesi |

| INFORMAZIONI SULLA SICUREZZA DELL'APPARECCHIATURA | | |
|---|----|----|
| | Sì | No |
| L'apparecchiatura è costruita a "regola d'arte" secondo le normative attualmente vigenti in Italia | | |
| L'apparecchiatura possiede il marchio "IMQ" | | |
| L'apparecchiatura possiede il marchio "CE"; rif. Direttiva "Dispositivi medici" 93/42 (*) | | |
| L'apparecchiatura possiede il marchio "CE"; rif. Direttiva "Dispositivi medici impiantabili attivi" 90/385, modificata dalla Direttiva 93/68 (*) | | |
| L'apparecchiatura possiede il marchio "CE"; rif. Direttiva "Compatibilità elettromagnetica" 89/336, modificata dalle direttive 92/31, 93/68 e 93/97 (*) | | |
| L'apparecchiatura possiede il marchio "CE" con rif. Ad altra Direttiva (*) (specificare) | | |
| L'apparecchiatura possiede marchi di conformità esteri (*) (specificare) | | |
| Si garantisce la rispondenza dell'apparecchiatura/sistema installato al D. Lgs. 626/94 | | |
| Apparecchiatura conforme alle norme CEI 62.5 (specificare le particolari se esistenti) | | |
| Apparecchiatura conforme alle norme CEI 66.5 (specificare le particolari se esistenti) | | |
| Apparecchiatura conforme ad altre norme CEI (specificare il gruppo e le particolari se esistenti) | | |
| Apparecchiatura conforme alle norme IEC (specificare) | | |
| L'apparecchiatura possiede certificazione di conformità alle norme UNI (specificare) | | |

| INFORMAZIONI SULLA MANUTENZIONE | | |
|---|----|----|
| | Sì | No |
| Si garantisce la riparazione per 10 anni | | |
| Se NO , per quanti anni si garantisce la riparazione | | |
| Si garantisce la fornitura di ricambi per 10 anni | | |
| Se NO , per quanti anni si garantisce la fornitura | | |
| Si garantisce la disponibilità ad istruire personale del servizio interno per la manutenzione e la riparazione dell'apparecchiatura (specificare se presso la nostra sede, la qualifica e l'esperienza del personale che effettua l'istruzione) | | |
| 1. Se Sì , l'eventuale costo del corso è pari a lire | | |
| 2. Se Sì , quanto durerà tale istruzione | | |
| Ditta incaricata della manutenzione: | | |
| Sede servizio di assistenza tecnica: | | |
| Numero di addetti all'assistenza tecnica: | | |

(*) Allegare copia dichiarazione di conformità

Scheda "B" da allegare alla richiesta di offerte per la fornitura di apparecchiature biomediche

| MATERIALE CONSUMABILE NECESSARIO PER L'UTILIZZO (SPECIFICARE IL TIPO) | | |
|--|--|--|
| | | |

| CLASSIFICAZIONE APPARECCHIATURA | | |
|---|--------|------|
| Tipo dell'apparecchiatura (B – BF – CF – rif. Norme CEI 62.5) | | |
| Classe dell'apparecchiatura (I – II – AI rif. Norme CEI 62.5) | | |
| Classe dell'apparecchiatura (rif. Direttiva 93/42) | | |
| Eventuale protezione da defibrillazione | Sì | No |
| L'apparecchiatura è dotata di due fusibili e di interruttore onnipolare sul circuito di alimentazione | Sì | No |
| DATI DIMENSIONALI | | |
| Dimensioni (altezza x larghezza x profondità): | | |
| Peso: | | |
| Alimentazione a corrente continua – pile/batterie | | |
| • Tipo | | |
| • Tensione nominale | | |
| • N° pile/batterie | | |
| • Capacità di carica | | |
| • Autonomia in ore al massimo assorbimento | | |
| • Tempo di carica al 100% | | |
| • Reperibilità pile/batterie | | |
| Alimentazione a corrente continua o alternata - alimentatore | classe | tipo |
| | | |
| Input (AC, DC, Volt, mA, Hz, Fasi) | | |
| output (AC, DC, Volt, mA, Hz, Fasi) | | |
| L'apparecchiatura necessita di bombole di gas | Sì | No |
| • N° bombole: | | |
| • Tipo di gas: | | |
| L'apparecchiatura necessita di circolazione d'acqua | Sì | No |
| • Portata l/min: | | |
| • Temperatura °C: | | |
| • Pressione Bar: | | |
| Caratteristiche chimico-fisiche dell'acqua: | | |
| ESIGENZE DI INSTALLAZIONE | | |
| Assorbimento elettrico allo spunto | | |
| Calore disperso nell'ambiente | | |
| Limiti di temperatura ambientale di funzionamento | | |
| Limiti di umidità ambientale di funzionamento | | |
| Esigenza di alimentazione stabilizzata entro il | | |
| Esigenza di alimentazione ininterrotta | Sì | No |

Infrastrutture particolari necessarie per l'installazione:

Ulteriori esigenze tecniche per l'installazione, il funzionamento corretto e l'uso sicuro dell'apparecchiatura:

Scheda "B" da allegare alla richiesta di offerte per la fornitura di apparecchiature biomediche