|  |  |
| --- | --- |
|  | **FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO “SAN MATTEO”**  ISTITUTO DI RICOVERO E CURA  A CARATTERE SCIENTIFICO - DI DIRITTO PUBBLICO(D.M. 28/4/2006)  A M M I N I S T R A Z I O N E  Provveditorato  27100 PAVIA - V.le Golgi, 19  🕿503.377 - Fax 503.990  Cod. Fiscale n. 00303490189 - Partita IVA n. 00580590180 |

**ALLEGATO “A”**

all’offerta n.....................................del .....................

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

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

**La ditta, in caso di aggiudicazione, s’impegna a fornire quanto di seguito specificato:**

1. fornire gratuitamente i manuali di servizio di tutti i componenti di ogni apparecchiatura offerta, comprensivi degli schemi elettrici, elettronici e meccanici
2. fornire gratuitamente i manuali d’uso, manutenzione e informazione sui rischi specifici, in duplice copia, di ogni apparecchiatura offerta in lingua italiana
3. fornire gratuitamente precise indicazioni sulla scelta e sull’uso di idonei dispositivi di protezione individuali (D.P.I.) per gli addetti
4. fornire gratuitamente la lista delle parti di ricambio (spareparts) ed una lista con i codici d’ordine per eventuali materiali di consumo (cavi, elettrodi, ecc.)
5. fornire gratuitamente un registro/protocollo di manutenzione consigliato per interventi straordinari/ordinari e di emergenza
6. effettuare gratuitamente la formazione del personale preposto all’utilizzo dell’apparecchiatura, con eventuale utilizzo di materiale didattico e/o mezzi audiovisivi.

DATA

TIMBRO E FIRMA del legale rappresentante della Ditta Fornitrice

|  |  |
| --- | --- |
|  | **FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO “SAN MATTEO”**  ISTITUTO DI RICOVERO E CURA  A CARATTERE SCIENTIFICO - DI DIRITTO PUBBLICO(D.M. 28/4/2006)  A M M I N I S T R A Z I O N E  Provveditorato  27100 PAVIA - V.le Golgi, 19  🕿503.377 - Fax 503.990  Cod. Fiscale n. 00303490189 - Partita IVA n. 00580590180 |

**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 d’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** | | |
|  | Si | No |
| L’apparecchiatura è costruita a “regola d’arte” secondo le normative attualmente vigenti in Italia |  |  |
| L’apparecchiatura possiede il marchio “IMQ” |  |  |
| 1. L’apparecchiatura possiede il marchio “CE”; rif. Direttiva “Dispositivi Medici” 93/42 (\*) |  |  |
| 1. L’apparecchiatura possiede il marchio “CE”; rif. Direttiva “Dispositivi Medico - Diagnostici in vitro” 98/79 (\*) |  |  |
| 1. L’apparecchiatura possiede il marchio “CE”; rif. Direttiva “Compatibilità Elettromagnetica” 89/336, modificata dalle Direttive 92/31, 93/68 e 93/97 **(\*)** |  |  |
| 1. L’apparecchiatura possiede marchio “CE” con riferimentoad altra Direttiva (\*) (specificare) |  |  |
| L’apparecchiatura possiede marchi di conformità esteri (\*) (specificare) | Si | No |
| Si garantisce la rispondenza dell’apparecchiatura/sistema installato al D.L.vo 626/94 e succ. modificazioni ed integr. | Si | No |
| Apparecchiatura conforme alle norme CEI 62.5 (specificare le particolari se esistenti) | Si | No |
| Apparecchiatura conforme alle norme CEI 66.5 (specificare le particolari se esistenti) | Si | No |
| Apparecchiatura conforme ad altre norme CEI (specificare il gruppo e le particolari se esistenti) | Si | No |
| Apparecchiatura conforme alle norme IEC (specificare) | Si | No |
| L’apparecchiatura possiede certificazione di conformità alle norme UNI (specificare) e conforme al D.P.R. 459/96 “Direttiva Macchine” | Si | No |
| L’apparecchiatura è dotata di idonea segnaletica di sicurezza rispondente al D.Lgs. 493/96 e successive modificazioni e integrazioni |  |  |

**(\*) Allegare copia dichiarazione di conformità**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFORMAZIONI SULLA MANUTENZIONE** | | | |
|  | | Si | 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 della Ingegneria Clinica per la manutenzione e la riparazione dell’apparecchiatura | |  |  |
| 1. Se **SI,** l’eventuale costo del corso è pari a lire | |  | |
| 2. Se **SI,** quanto durerà tale istruzione | |  | |
| Ditta incaricata della manutenzione: |  | | |
| Sede servizio di assistenza tecnica: |  | | |
| Numero di addetti all’assistenza tecnica: |  | | |

|  |
| --- |
| **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 | | | Si | | No |
| L’apparecchiatura è dotata di due fusibili e di interruttore onnipolare sul circuito di alimentazione | | | Si | | No |
| **DATI DIMENSIONALI** | | | | | |
| Dimensioni (altezza x larghezza x profondità): | | |  | | |
| Peso: | | |  | | |
| Alimentazione a corrente continua - pile/batterie | | |  | | |
| 1. Tipo | | |  | | |
| 1. Tensione nominale | | |  | | |
| 1. N° pile/batterie | | |  | | |
| 1. Capacità di carica | | |  | | |
| 1. Autonomia in ore al massimo assorbimento | | |  | | |
| 1. Tempo di carica al 100% | | |  | | |
| 1. 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 | | | Si | | No |
| 1. N° bombole: |  | | | | |
| 1. Tipo di gas: |  | | | | |
| L’apparecchiatura necessita di circolazione d’acqua | | | Si | | No |
| 1. Portata l/min |  | | | | |
| 1. Temperatura °C: |  | | | | |
| 1. 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: | | Si | No |

Infrastrutture particolari necessarie per l’installazione:

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