

## Allegato n. 2 - QUESTIONARIO TECNICO FORNITURA LAMPADE SCIALITICHE AMBULATORIALI

CARATTERISTICHE TECNICHE LAMPADA SCIALITICA AMBULATORIALE	DESCRIZIONE
Ragione sociale impresa concorrente	
Modello:	
Produttore:	
Anno immissione mercato:	
Classe di appartenenza del DM ai sensi della CEE/93/42 o nuovo regolamento 2017/745/UE	I <input type="checkbox"/> II A <input type="checkbox"/> II B <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>
CND /n. repertorio:	
Presenza di codice UDI	UDI-DI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	UDI-PI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Temperatura di colore in gradi K	
Indice di resa cromatica (CRI)	
Diametro del campo luminoso al 10% dell'intensità (D10) espresso in mm	
Diametro del campo luminoso al 50% dell'intensità (D50) espresso in mm	
Regolazione dell'intensità luminosa (%)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO descrivere:
Irradiazione massima espressa in W/m <sup>2</sup>	
Rapporto tra irradiazione e illuminazione espresso in mW/m <sup>2</sup> *lx	
Diametro del riflettore in mm	
Durata espressa in ore della fonte luminosa [LED]	
Tensione di alimentazione	
Potenza assorbita	
Pesi in kg	
Dimensioni in mm	
Opzione carrellata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Indicare altezza massima raggiungibile in mm:
Opzione a parete	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO descrivere:
Opzione a soffitto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO descrivere:
<b>Assistenza tecnica</b>	
Durata Garanzia	Indicare se superiore a 24 mesi full risk tutto incluso:
La garanzia si intende FULL RISK, ovvero comprensiva delle operazioni di manutenzione preventiva, controlli di qualità, verifica di sicurezza, manutenzione correttiva, ricambi (diritto di chiamata, ore lavoro, ore trasferta, materiali di consumo, ....). DEVONO ESSERE FORNITI AL COLLUDO, all'U.O.S Ingegneria Clinica, il protocollo di manutenzione preventiva ed il piano per l'esecuzione degli interventi.	Manutenzione preventiva N° interventi _____ periodicità _____
	Verifica Sicurezza elettrica N° interventi _____ periodicità _____
	Controlli qualità _____
	Altri controlli previsti _____ Periodicità _____
Tempi di intervento dalla chiamata	In ore solari consecutive:

Reperibilità ricambi non inferiore a 10 anni dall'installazione	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Sede Assistenza tecnica	

  

Disponibilità allo smontaggio e ritiro apparecchiature obsolete	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	---

  

Tempi consegna dall'ordine	In giorni solari consecutivi:
----------------------------	-------------------------------

  

Referente aziendale per la presente procedura	
---	--