

Caratteristiche	Descrizione
OPERATORE ECONOMICO	
MODELLO	
PRODUTTORE	
ANNO DI INIZIO COMMERCIALIZZAZIONE	
Codice attribuito al prodotto dal Produttore	
Presenza di codice UDI	UDI-DI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> UDI-PI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CLASSIFICAZIONE NAZIONALE DISPOSITIVI MEDICI in base all'ultima CND aggiornata al DM 07.10.2011, consultabile e scaricabile al seguente indirizzo: http://www.salute.gov.it/dispositivi	CND _____ Repertorio _____
Destinazione d'uso dichiarata dal fabbricante	Indicare:
Treadmill gravità zero:	
a) Struttura e dimensioni	
Struttura robusta, stabile e certificata secondo le normative di sicurezza vigenti.	
Dimensioni compatte, facilmente inseribili in ambienti clinici e di riabilitazione.	Indicare in cm:
Peso massimo utente supportato: almeno 150 kg.	Indicare in Kg:
b) Sistema di inclinazione e gravità zero	
Sistema di inclinazione regolabile con motore elettrico, con angolo minimo di 0° e massimo di almeno 30°.	Indicare da: _____ a _____
Modalità di sospensione o gravità zero, che consenta di ridurre il carico sulle articolazioni e favorire esercizi di riabilitazione o benessere.	Descrivere:
c) Pannello di controllo e interfaccia	
Pannello digitale con display LCD/LED, intuitivo e facilmente accessibile.	Dimensioni pannello in pollici: Indicare i dati che vengono riportati a pannello:
Programmi preimpostati per diverse tipologie di esercizio e riabilitazione.	Indicare il numero di programmi impostabili: Descrivere:
Controllo della velocità, inclinazione e modalità di esercizio.	Indicare da: _____ a _____ Descrivere:
Funzione di monitoraggio delle prestazioni (battito cardiaco, calorie, tempo, distanza).	Descrivere:
d) Motore e velocità	
Motore silenzioso	Indicare la potenza in watt:
Velocità regolabile da 0,5 km/h a almeno 12 km/h, con possibilità di variazioni graduali.	Indicare da: _____ a _____ Indicare l'incremento:
e) Sistema di sicurezza	
Pulsante di emergenza facilmente accessibile	Descrivere:
Cintura di sicurezza o sistema di stabilizzazione, altro.	Descrivere:
Sistema di arresto automatico in caso di emergenza o malfunzionamento.	Descrivere:
f) Requisiti aggiuntivi	
Supporto per dispositivi mobili o tablet.	Descrivere:
Sistema di ventilazione o raffreddamento integrato.	Descrivere:
Ruote per il trasporto.	Indicare numero:
	Indicare diametro:
	Direzionabili SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Compatibilità con sistemi di archiviazione digitale, se previsto.	Descrivere:

Facilità di pulizia e sterilizzazione delle parti a contatto con il paziente.	Descrivere:
ASSISTENZA TECNICA	
Estensione del periodo di garanzia rispetto ai 24 mesi full risk	Indicare numero di mesi oltre i 24:
Tempi di intervento dalla chiamata specificando se trattasi di ore lavorative od ore solari ed indicando, se previste, le modalità di gestione degli interventi durante le festività	Tempi max intervento:
	H/lavorative n. _____
	Tempi risoluzione garantiti: entro _____gg solari consecutivi dalla presa visione del problema
Luogo al quale l'Azienda ULSS dovrà fare riferimento per l'assistenza tecnica e/o eventuale manutenzione	Gestione festività:
	Ragione sociale:
	Città/Provincia:
TEMPI DI CONSEGNA E INSTALLAZIONE	Recapito telefonico:
	n. _____ giorni solari consecutivi da ricevimento ordine per la consegna
	n. _____ giorni solari consecutivi dalla consegna per installazione e collaudo