

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"/>
<b>CLASSE DEL DISPOSITIVO AI SENSI DEL REGOLAMENTO EU 745/2017</b>	I <input type="checkbox"/> II A <input type="checkbox"/> II B <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>
CLASSIFICAZIONE NAZIONALE DISPOSITIVI MEDICI in base all'ultima CND aggiornata al DM 07.10.2011, consultabile e scaricabile al seguente indirizzo: <a href="http://www.salute.gov.it/dispositivi">http://www.salute.gov.it/dispositivi</a>	CND _____ Repertorio _____
Destinazione d'uso dichiarata dal fabbricante	Indicare:
<b>SEGA</b>	
Sega per gessi ad oscillazione in grado di tagliare sia il gesso sintetico sia il tradizionale	Descrizione:
La sega deve essere dotata di foro di montaggio per lame circolari universale in modo da poter montare lame di diametro differente	Indicare il numero e la tipologia di diverse lame disponibili:
Velocità regolabile in continuo	Indicare in numero di oscillazioni/minuto:
Rumorosità	Indicare la rumorosità in base alla velocità di taglio:
Peso	Indicare in kg:
Alimentazione	Batteria SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Ricaricabile SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Batteria e cavo di alimentazione SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Se a batteria indicare le ore di autonomia:
	Assorbimento in W:
<b>ASPIRATORE</b>	
Sacchetto/contenitore polveri con capacità non inferiore a 5 litri	Indicare la capacità in litri:
Rumorosità	Indicare in dB:
Assorbimento	Indicare in W:
Depressione massima	Indicare in mbar:
Filtro	Autopulente SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Hepa SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Capacità filtrante: _____ % per particelle di dimensione: _____ µm
Presenza di maniglia di guida	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Se SI regolabile: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Lunghezza del tubo di aspirazione	Indicare in m:
Lunghezza del cavo di alimentazione	Indicare in m:
Peso	Indicare in Kg:
Ruote di movimentazione	Fisse SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	piroettanti SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Accessori disponibili	Descrivere:
Materiale d'uso necessario	Dedicato SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	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
	Gestione festività:
Luogo al quale l'Azienda ULSS dovrà fare riferimento per l'assistenza tecnica e/o eventuale manutenzione	Ragione sociale:
	Città/Provincia:
	Recapito telefonico:
TEMPI DI CONSEGNA E INSTALLAZIONE	n. _____ giorni solari consecutivi da ricevimento ordine per la consegna
	n. _____ giorni solari consecutivi dalla consegna per installazione e collaudo
FORMAZIONE	n. ore di formazione: