

ANEXO I. ENCUESTA TÉCNICA

A rellenar para cada equipo los datos aplicables.

1 Datos del equipo.

Denominación del Equipo:

- Marca:
- Modelo:
- Firma Comercial:
- Empresa Fabricante:
- Certificado de Homologación :

2 Características principales y datos técnicos relevantes.

3 Plazo de entrega: (En días naturales.)

4 Tamaño del equipo (metros): / sala.

Ancho () Largo () Alto ()

Peso Total () Peso / m2 de superficie de apoyo ()

Es necesario un espacio mínimo para su instalación:

SI () NO ()

En caso afirmativo Dimensiones recomendadas:

Mínimo: Ancho () Largo () Alto ()

Estándar: Ancho () Largo () Alto ()

Acceso desde calle hasta sala de instalación del equipo

No necesario tomar acciones previas ()

Necesario tomar acciones previas, especificar cuales:

2

5 Instalación.

1. La instalación será responsabilidad del: Proveedor () Hospital ()
(incluya condiciones técnicas)

¿Existe algún coste adicional?: SI () NO ()

Si lo hubiera, incluya condiciones técnicas y coste en euros:

2. Para la Instalación de este equipo se precisan:

- a. Energía eléctrica: SI () NO ()
- Voltaje nominal:
 - Amperaje nominal:
 - ¿Precisa de línea individual? SI () NO ()
- b. Agua: SI () NO () Indique caudal y presión:
Tratamiento previo de agua: SI () NO (). Indique que tipo de tratamiento:
- c. Desagüe: SI () NO () Indique diámetro:
- d. Climatización específica: SI () NO ()
Indique Temperatura, Humedad Relativa, etc:
- e. Extracción y / o tratamiento de aire. SI () NO ()
Indique instalación necesaria
- f. Vapor: SI () NO () Indique diámetro, caudal y presión:

g. Gas: SI () NO () Indique diámetro, caudal y presión:

h. Aire comprimido: SI () NO () Indique diámetro, caudal y presión:

3. ¿Con el equipo, entrega Ud. todos los accesorios mecánicos, eléctricos o de cualquier otro tipo, necesarios para su inmediata utilización?:

3

SI () NO () Si la respuesta es negativa, explíquelo:

6 Servicios y uso.

1. Especifique cuándo darían el adiestramiento al usuario y en que condiciones:

Especifique fecha del curso técnico de acreditación para el mantenimiento:

2. ¿Cuál es el rendimiento del equipo en unidades de exploración, tratamientos/hora, velocidad, ciclos máximos u otros:

3. ¿Cuánto tiempo hace que está este modelo en el mercado?

Años: Meses:

4. ¿El equipo necesita consumibles para funcionar?: SI () NO ()

En caso afirmativo, especifique quién los suministra, cantidad necesaria por unidad de producción y precio de cada uno de ellos:

5. Está incluido en la adquisición del equipo el suministro de los consumibles necesarios para comenzar con su trabajo normal:

SI () NO ()

En caso negativo, indique qué falta y precio unitario:

6. Los consumibles y accesorios son compatibles con los de otras firmas:

SI () NO ()

7 Plazo de garantía.

- Del equipo:
- De los componentes:
- De los accesorios:

(El plazo ofertado se expresará en meses)

4

8 Actualización del equipo.

Indicar la fórmula bajo la cual el licitador se compromete a mantener actualizado el equipo:

- Sin coste adicional para el Hospital

Componentes: Tiempo de duración (años)

Software: Tiempo de duración (años)

Otros: Tiempo de duración (años)

- A cargo del Hospital:

Componentes: Tiempo de duración (años)

Software: Tiempo de duración (años)

Otros: Tiempo de duración (años)

9 Características de las empresas licitadoras.

1. La Empresa Licitadora es fabricante de los equipos que oferta:
SI () NO ()
2. La Empresa Licitadora tiene servicio técnico propio: SI () NO ()
3. Si la Empresa licitadora tiene servicio técnico propio indicar si va a ser éste el que mantenga los equipo ofertados: SI () NO ()
4. Si los equipos ofertados van a ser mantenidos por una empresa diferente de la

licitadora especificar:

- Nombre Empresa:
- Dirección:
- Persona de contacto:

5. Adjunta carta de compromiso en la oferta técnica en donde la empresa citada con anterioridad se comprometa a mantener los equipos ofertados: SI () NO ()

5

10 Servicio técnico.

1. Composición (Deberá realizarse una descripción del Servicio Técnico, indicando sus delegaciones y el nº total de técnicos que lo componen)
2. Existe Delegación de Servicio Técnico en Madrid: SI () NO ()
 - En caso Afirmativo:
 - Dirección:
 - Teléfono:
 - Persona responsable de contacto:
 - En caso Negativo:
 - Ubicación delegación desde donde se va a dar Servicio al Centro:
 - Dirección:
 - Teléfono:
 - Persona de Contacto:
 - Tiempo de respuesta
3. Indicar otras características del servicio técnico que prestará la empresa adjudicataria.
4. Precio de reparación de averías sin contrato de mantenimiento (Todos los precios ofertados deben incluir el IVA)
 - Tasa de Salida de Taller: Si () Precio:
No (...)

- Tasa de Km. de desplazamiento:
- Si el precio es diferente por tramos de Km., especificar precio de cada tramo.

- Precio hora técnico:
 - Existe tarifa mínima: SI () Precio:
No (...)
 - Días hábiles y horario de Trabajo del Servicio Técnico (a la semana) :
 - Incluye mantenimiento de los elementos auxiliares adquiridos con el equipo (s/n):
 - Enumerar los excluidos:
-
- Si las reparaciones de los equipos hay que realizarlas en el taller del Servicio Técnico:
 - Precio hora técnico Taller:
 - Coste de gastos de envío desde el centro y su retorno (siempre a ser facturado por el Servicio Técnico):

5. Plazo de garantía de las reparaciones (en meses):

11 Contratos de mantenimiento.

Indicar el precio y características del mantenimiento del equipo que la Empresa se compromete a mantener durante la vida útil del equipo. Todos los importes ofertados deben incluir el IVA.

1. Tipo A: Todo riesgo.

- Porcentaje sobre el precio del equipo que supone el contrato de mantenimiento a todo riesgo (incluye todo tipo de piezas) (tipo A) :

- Enumerar los excluidos:

7

- Incluye la actualización de software (s/n) :
- Tiempo de respuesta:
- Incluye mano de obra (s/n) :
- Incluye desplazamiento del técnico de la Empresa al Centro Sanitario (s/n):
- Días hábiles y horario de trabajo a la semana del servio técnico:
- Incluye mantenimiento preventivo (s/n):
 - N° de revisiones / año :
 - N° de revisiones por hora de funcionamiento :
 - Días de parada/año por revisiones necesarias del equipo :

2. Tipo B: Mantenimiento con exclusiones.

- Porcentaje sobre el precio del equipo que supone el contrato de mantenimiento con algún tipo de exclusión (tipo B):
- Enumerar las piezas y accesorios que quedan excluidos:

- Tiempo de respuesta :
- Incluye mano de obra (s/n):
- Incluye desplazamiento del técnico de la Empresa al Centro Sanitario (s/n):
- Días hábiles y horario de trabajo a la semana del servicio técnico:
- Incluye mantenimiento preventivo (s/n):
 - N° de revisiones / año :
 - N° de revisiones por hora de funcionamiento :
 - Días de parada/año por revisiones necesarias del equipo :

3. Tipo C: Mantenimiento preventivo.

- Porcentaje sobre el precio del equipo que supone el contrato de mantenimiento preventivo (tipo C):
- Número de revisiones preventivas/año:
- Tareas principales a realizar en las revisiones preventivas (enumerar):

8

- Incluye protocolo y plan de mantenimiento en esta oferta (s/n) :
- Incluye mano de obra (s/n) :
- Incluye desplazamiento del técnico de la Empresa al Centro Sanitario (s/n) :

12 Garantía de piezas de repuesto.

Años que se garantiza la existencia de repuestos para el equipo ofertado:

Adjunta certificado de garantía de la existencia de repuestos (s/n):

13 Prueba de puesta en marcha o tests de aceptación.

Adjunta Prueba de Puesta en marcha o Test de Aceptación (s/n):

14 Programa de formación.

- Curso de adiestramiento en el manejo y uso del equipo (s/n) :
 - N° de persona :
 - Duración :
 - Lugar celebración :
- Curso de formación para mantenimiento destinado a personal del Servicio de Ingeniería y Mantenimiento. (s/n) :
- En el caso afirmativo:
 - N° de personas:
 - Duración :

15 Relación de equipos instalados (modelo, año y centro.)

16 Resumen de los componentes del sistema incluidos en la oferta.

EXPEDIENTE N°:	LICITADOR:
N° DE ORDEN:	MARCA:
OFERTA	MODELO:

COMPONENTES	MARCA	MODELO