



## CUESTIONARIO TÉCNICO DE EQUIPOS

1. Nombre de identificación del equipo:

(Denominación, breve descripción)

2. Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ N°Serie \_\_\_\_\_

3. Número de partes o módulos que componen el equipo \_\_\_\_\_

Denominación	Marca	Modelo	Nº Serie
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

4. Proveedor \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_

5. CIF/NIF \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_

6. Servicio Técnico \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_

7. Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
CIF/NIF \_\_\_\_\_

8. Referencias de Hospitales donde se haya instalado este equipo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Vida técnica o útil estimada del aparato \_\_\_\_\_  
Año de primera comercialización \_\_\_\_\_  
Vida técnica o útil estimada desde su puesta en marcha en el centro \_\_\_\_\_



10. Condiciones \_\_\_\_\_  
Fecha de comienzo \_\_\_\_\_ Fecha fin \_\_\_\_\_

11. Expresar qué incluye el contrato \_\_\_\_\_  
Exclusiones del contrato \_\_\_\_\_

12. ¿Dispone de Servicio Técnico en la Provincia? \_\_\_\_\_  
(Especificar el Servicio Técnico más cercano al Hospital Rafael Méndez.)

13. Tiempo estimado de respuesta en caso de avería \_\_\_\_\_  
Tiempo de respuesta desde la llamada hasta la presencia en el hospital \_\_\_\_\_

14. Coste traslado Técnico \_\_\_\_\_  
Coste de mano de obra/ hora de reparación \_\_\_\_\_

15. Coste Standard por reparación de Avería \_\_\_\_\_

16. Recomendaciones del fabricante de cara a revisiones, puestas a punto \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17. Recomendaciones del fabricante sobre repuestos stock del aparato \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

18. Número de revisiones anuales de mantenimiento preventivo y/o técnico-legal aconsejables \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

19. Especificar normativa a que está sujeto el aparato \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



20. Observaciones:

---

---

---

---

---

Firma  
Representante legal  
Fabricante o  
Empresa suministradora.