|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Annexe n°2 au  C.C.A.P. valant acte d’engagement  IDENTIFICATION DES EQUIPEMENTS MIS A DISPOSITION ET  PROCES-VERBAL DE RECEPTION  DANS LE SERVICE | *\\postes.chu-toulouse.fr\users$\trouillas.jy\Bureau\LOGO GHT-® GHT CMJN H.jpg* |
| **Références du contrat et durée** | | |
| Objet de la consultation | *AO DM SPECIALISES – AO DM SPE 2026-2028* | |
| Marché numéro |  | |
| Lot(s) |  | |
| Titulaire |  | |
| **Identification des équipements médicaux mis à disposition** | | |
| Dénomination |  | |
| Caractéristiques principales / fonctionnalités |  | |
| Nom du constructeur |  | |
| Numéro de série |  | |
| Statut de l’appareil : | Commercialisé ou non ?  Marquage CE ?  Neuf ou reconditionné ?  Exclusif ou concurrentiel ? | |
| Valeur d’achat |  | |
| Durée d’amortissement |  | |
| Autres renseignements  *(à renseigner par le titulaire)* |  | |
| **Engagements du Titulaire relatifs à la maintenance** | | |
| Maintenance préventive | | |
| Fréquence de la maintenance préventive |  | |
| Prestations envisagées |  | |
| Durée maximum d’immobilisation |  | |
| Maintenance corrective | | |
| Coordonnées du support technique (hotline)  . Numéro de téléphone  . Jour et plage horaire |  | |
| Jours et plages horaires d’intervention du SAV |  | |
| Délai maximum d’intervention à compter de l’appel du service |  | |
| Délai maximum de remise en ordre de marche à compter de l’appel du service |  | |
| Effectifs dédiés à la maintenance |  | |
| Modalités de prêt d’un équipement en cas de d’immobilisation supérieure au délai de remise en ordre de marche |  | |
| Exclusions (autres que celles déjà énumérées au C.C.A.P.) |  | |
| Facturation des interventions hors couverture (exclusions) | Main d’œuvre :  Frais de déplacements :  Prix des pièces détachées : | |
| Autres renseignements  *(à compléter par le Titulaire)* |  | |
| **Procès-Verbal de réception de l’équipement par le service** | | |
| Etablissement |  | |
| Service utilisateur / Localisation |  | |
| Equipement livré : | *- avec ses accessoires :* Choisissez un élément.  *- avec les consommables :* Choisissez un élément.  *- avec manuel d’utilisation :* Choisissez un élément.  *- avec fiches techniques :* Choisissez un élément. | |
| Décision de réception | **Choisissez un élément.** | |
| Si réception acceptée :  date de réception | **01/01/2020**  *N.B. Cette date est la date de début de mise à disposition* | |
| Uniquement en cas de refus de réception : | | |
| Motif de la décision |  | |
| Observations du Titulaire |  | |
| Délai d’enlèvement des équipements |  | |
| **SIGNATURE DES PARTIES** | | |
| Le Titulaire | Nom / Prénom / Qualité du représentant de l’entreprise : | |
| Le Pouvoir Adjudicateur | Nom / Prénom du technicien biomédical : | |