



**Procedura di acquisto per la fornitura di lenti intraoculari, attrezzature e materiale di consumo**

**MODULO DI ASSISTENZA TECNICA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente,  
in qualità di legale rappresentante della Ditta \_\_\_\_\_ con sede legale  
in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Il servizio di assistenza tecnica per l'intera durata della fornitura verrà effettuato dalla Ditta

\_\_\_\_\_ Ubicata a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**RETE DI ASSISTENZA/MANUTENZIONE/DISLOCAZIONE SUL TERRITORIO**

a) Dislocazione dei propri uffici:

Presenza di sedi operative sul territorio Sardegna	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Presenza di sedi operative nella regione nazionale	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Presenza di sedi operative all'Estero	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

b) Numero dei tecnici specialistici in Sardegna N. \_\_\_\_\_

c) Assistenza in remoto/disponibilità call center si  no

d) Tempo di risposta a richiesta di intervento gg. \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

e) Modalità e tempi di intervento in caso di fermo prolungato \_\_\_\_\_

f) tempi di consegna del materiale gg. \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

g) disponibilità consegna materiale entro 24 ore dalla richiesta si  no

h) Eventuali altre note \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_



**SERVIZIO SANITARIO-REGIONE SARDEGNA**  
**AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA DI CAGLIARI**



*Allegato C*

IL DICHIARANTE

---

Si possono allegare eventuali documenti aggiuntivi ritenuti utili