



**PROCEDURA APERTA PER L'AGGIUDICAZIONE DI UNA FORNITURA IN "SERVICE"
DI UN SISTEMA AUTOMATICO DI IDENTIFICAZIONE MOLECOLARE DEI VIRUS HPV DESTINATA
ALLE ESIGENZE DEL LABORATORIO DI BIOLOGIA MOLECOLARE DELL'ISTITUTO DI ANATOMIA
PATOLOGICA**

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n. _____
in qualità di _____
dell' Impresa _____
con sede legale in _____ Prov. _____
via _____, n° _____ CAP _____
Cod. Fisc. N. _____
Partita Iva N. _____
ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000

DICHIARA

che 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) Tempi di consegna del materiale/reagente gg. _____

f) tempi massimi di consegna materiale 10 giorni dalla richiesta Servizio Farmacia, ovvero 24 ore dalla richiesta per i casi di urgenza si no

g) Eventuali altre note _____

Luogo e data _____

IL DICHIARANTE

Si possono allegare eventuali documenti aggiuntivi ritenuti utili