



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

# Azienda Ospedaliero - Universitaria Cagliari

## Servizio Provveditorato ed Economato



### ALLEGATO - MODULO ASSISTENZA TECNICA

Spett.le AOU Cagliari  
Via Ospedale n° 54  
09124 Cagliari

**Procedura aperta ai sensi dell'art. 55, D.Lgs. 2006, n. 163 ai fini dell'aggiudicazione della fornitura biennale in service, con opzione di rinnovo per ulteriori due anni, di un sistema per la determinazione di test molecolari del K-RAS, B-RAF EGFR e di FARMACOGENOMICA, destinato alle esigenze del Laboratorio dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari - Importo complessivo a base d'asta € 400.000,00 I.V.A. esclusa ( anni 2+2)**

#### MODULO DI ASSISTENZA TECNICA

...l... sottoscritt.....  
.....  
Nat.....a.....Prov .....  
e residente a.....in Via.....  
.....n...  
in qualità di.....  
dell'impresa.....  
con sede legale in .....Prov.....  
via.....CAP.....  
con codice fiscale n.....  
con partita IVA n.....  
.....  
ai sensi degli arti, 46 e 47 D PR. 2000, n. 445

#### DICHIARA

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

Ditta \_\_\_\_\_  
Ubicata a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
con sede legale in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
con codice fiscale n \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_   
con partita IVA 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 cali center si  no

d) Tempo di risposta a richiesta di intervento 99 h

---

e) tempi di consegna del materiale/reagente

gg

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

γ) **Eventuali altre note**

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

IL DICHIARANTE

Si possono allegare eventuali documenti aggiuntivi ritenuti utili