



Allegato B

Procedura di acquisto per la fornitura di una cabina per fototerapia destinata alle esigenze della Clinica Dermatologica del P. O. San Giovanni di Dio, di questa Azienda Ospedaliero Universitaria

MODULO DI ASSISTENZA TECNICA

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

DICHIARA

Servizio di assistenza tecnica post vendita per il periodo di due anni 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) Eventuali altre note

Luogo e data _____

IL DICHIARANTE

Si possono allegare eventuali documenti aggiuntivi ritenuti utili