

Procedura di acquisto per la fornitura di un n. 2 tavoli Operatorii per l'Ospedale di San Gavino M.le**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

