

---

**AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI CAGLIARI**

**Sede legale: Via Ospedale n.54 – 09124 CAGLIARI**

**CODICE FISCALE P-IVA e C.F. 031085660925**

[www.aoucagliari.it](http://www.aoucagliari.it)

**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