



**PROCEDURA APERTA PER L'AGGIUDICAZIONE DI UNA FORNITURA IN "SERVICE"  
DI DIAGNOSTICI PER L'ESECUZIONE CORRETTA DEI PARAMETRI TORCH, EBV, PARVOVIRUS, B19 IGC,  
PARVOVIRUS B19 IGM, ALDOSTERONE, RENINA, PCT, VIT. D, DESTINATA ALLE ESIGENZE DEL  
LABORATORIO DELL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI CAGLIARI**

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

\_\_\_\_\_