



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliero - Universitaria Cagliari

Servizio Provveditorato ed Economato

S.S. 554 Bivio per Sestu - 09042 - Monserrato

Tel. 070/51096561 - Fax 070/51096520



ALLEGATO "B" - ASSISTENZA TECNICA

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 no
Presenza di sedi operative nella regione nazionale si no
Presenza di sedi operative all'Estero si no

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