

MODULO
**Informazioni sulla manutenzione di AB in
garanzia**

DATI RELATIVI ALL'APPARECCHIATURA ACQUISTATA:

APPARECCHIATURA _____

MODELLO _____

CODICE CIVAB _____

ACCESSORI DELLA CONFIGURAZIONE _____

DITTA COSTRUTTRICE _____

DITTA FORNITRICE _____

N. APPARECCHI ACQUISTATI _____

CDC DESTINATARI
(compilazione a cura dell'AUSL) _____

TEMPO DI CONSEGNA gg. _____ (max. 30gg) PENALE: € 150 / GIORNO

DATI RELATIVI ALLA MANUTENZIONE IN GARANZIA:

| | | |
|--|--|-----------------------------|
| DURATA GARANZIA – SPECIFICARE N. MESI DAL COLLAUDO CON ESITO POSITIVO (Obbligatorio, non inferiore a n.24 mesi) | _____ MESI | |
| VISITE MANUTENZIONE PREVENTIVA/ANNO (Obbligatorio almeno n.1 manutenzione preventiva all'anno) | N. _____ /ANNO | |
| VERIFICA ANNUALE DI SICUREZZA ELETTRICA | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| CONTROLLO ANNUALE DI TEMPERATURA O DI ALTRO PARAMETRO (SPECIFICARE QUALI: _____) | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| INTERVENTI SU CHIAMATA ILLIMITATI | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| INTERVENTI SU CHIAMATA ILLIMITATI PRESSO AUSL | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| EVENTUALI SPESE DI TRASPORTO PER RIPARAZIONE A CARICO DITTA | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| PEZZI DI RICAMBIO INCLUSI (NULLA ESCLUSO) | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| TEMPO DI INTERVENTO SU CHIAMATA – SPECIFICARE N. DI ORE SOLARI DA CHIAMATA Al massimo n.48 ore solari dall'attivazione della chiamata (festivi esclusi) | N. _____ ORE SOLARI | |
| TEMPO DI RISOLUZIONE DEL GUASTO – SPECIFICARE N. DI ORE SOLARI DA CHIAMATA Al massimo n.96 ore solari dall'attivazione della chiamata (festivi esclusi) | N. _____ ORE SOLARI | |
| PENALE SU TEMPO INTERVENTO | € 150 / GIORNO | |
| PENALE SU TEMPO RISOLUZIONE DEL GUASTO | € 150 / GIORNO | |
| PENALE PER MANUTENZIONE PREVENTIVA E/O VERIFICA DI SICUREZZA ELETTRICA E/O CONTROLLO DI TEMPERATURA NON ESEGUITA (ALL'ANNO) | € 150 | |

Data . ____./____./____.

Firma: _____