



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 (max 20 GG) _____ gg. PENALE €500,00 / GIORNO

DATI RELATIVI ALLA MANUTENZIONE IN GARANZIA:

DURATA GARANZIA	_____ MESI	
VISITE MANUTENZIONE PREVENTIVA/ANNO (OBBLIGATORIA ALMENO 1 ANNUALE)	N. ____/ANNO	
VERIFICA ANNUALE DI SICUREZZA ELETTRICA (OBBLIGATORIA ALMENO 1 ANNUALE)	SI	NO
CONTROLLO ANNUALE DI TEMPERATURA O DI ALTRO PARAMETRO (SPECIFICARE QUALI: _____)	SI	NO
INTERVENTI SU CHIAMATA	SI	NO
INTERVENTI SU CHIAMATA PRESSO AUSL	SI	NO
EVENTUALI SPESE DI TRASPORTO PER RIPARAZIONE A CARICO DITTA	SI	NO
PEZZI DI RICAMBIO INCLUSI	SI	NO
TEMPO DI INTERVENTO SU CHIAMATA (o apparecchiatura sostitutiva esattamente analoga a quella aggiudicata)	N. ____ ORE SOLARI MAX 48	
TEMPO DI RISOLUZIONE DEL GUASTO	N. ____ ORE SOLARI MAX 72	
PENALE PER OGNI MANCATA MANUTENZIONE PREVENTIVA E VERIFICA DI SICUREZZA ELETTRICA ANNUALE	€ 200,00	
PENALE SU TEMPO RISOLUZIONE DEL GUASTO	€ 500,00 / GIORNO	
E' ALLEGATO MODULO DI PROPOSTA DEL CONTRATTO DI MANUTENZIONE POST-GARANZIA	SI	NO

Data/...../.....

Firma: _____