

RAPPORTO TECNICO

RAPPORTO TECNICO N°				ORDINE N°					
DATA		IN SEDE	FUORI SEDE	DATA					
DIVISIONE	CST	ENT	NEURO	CVG	MITG	ALTRO	LAVORO COMPLETATO	SI	NO
TIPO DI RAPPORTO	Riparazione		Assistenza Software		Assistenza Applicativa		Manutenzione		
TIPO DI INTERVENTO	Fatturare		Garanzia		Contratto		Comodato Uso		
								Assist. Tecnica	
								Assist. Vendita	
								Collaudo	

RAGIONE SOCIALE CLIENTE / TEL. _____

PRESIDIO OSPEDALIERO _____ REPARTO _____ CITTÀ _____

STRUMENTO _____ S.N. _____ N.INV. _____

DESCRIZIONE GUASTO: _____

DESCRIZIONE LAVORI: _____

La riparazione/manutenzione è stata eseguita in conformità ai seguenti Manuali Tecnici del Fabbriicante: _____

	Q.TÀ	CODICE	DESCRIZIONE	PREZZO TOTALE	TIPOLOGIA INTERVENTO
	MATERIALE UTILIZZATO				
ATTIVITÀ		Ore lavoro			
		Ore viaggio A/R			
		Km A/R			
		Diritto fisso di chiamata			
		Spese di trasporto			
	TOTALE (iva esclusa)				

NOTE _____

CLIENTE (Nome e Firma) 

TECNICO (Nome e Firma) 