

## RAPPORTO TECNICO

RAPPORTO TECNICO N°				ORDINE N°					
DATA		IN SEDE	FUORI SEDE	DATA					
<b>DIVISIONE</b>	CST	ENT	NEURO	CVG	MITG	ALTRO	<b>LAVORO COMPLETATO</b>	SI	NO
<b>TIPO DI RAPPORTO</b>	Riparazione		Assistenza Software		Assistenza Applicativa		Manutenzione		
<b>TIPO DI INTERVENTO</b>	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
<b>MATERIALE UTILIZZATO</b>					
<b>ATTIVITÀ</b>			Ore lavoro		
			Ore viaggio A/R		
			Km A/R		
			Diritto fisso di chiamata		
			Spese di trasporto		
			<b>TOTALE (iva esclusa)</b>		

NOTE

CLIENTE (Nome e Firma) 

TECNICO (Nome e Firma) 