Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Cremona	INGEGNERIA CLINICA AZIENDALE	MODULO DATI APPARECCHIATURE	PT D907 003 Allegato 2

DITTA FORNITRICE ↓	PERSONA DI RIFERIMENTO (Collaudo)		PERSONA DI RIFERIMENTO (Manutenzione programmata)		FORNITORE MANUTENZIONE CORRETTIVA	
	Nome:		Nome:		Ditta:	
	Cognome:		Cognome:		Indirizzo:	
	Telefono:		Telefono:		Telefono:	
	E-mail:		E-mail:		E-mail:	

APPARECCHIATURE OGGETTO DELLA FORNITURA ED EVENUTALI DISPOSITIVI HW/SW ACCESSORI	MODELLO	DITTA PRODUTTRICE	S/N	TIPOLOGIA DI FORNITURA DEL BENE (vendita, noleggio, service, leasing, comodato, altro)	VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA* Indicare la periodicità (mesi). Se non prevista: NA	CONTROLLI FUNZIONALI/ TARATURE* Indicare la periodicità (mesi). Se non prevista: NA	MANUTENZIONE PREVENTIVA* Indicare la periodicità (mesi). Se non prevista: NA	RIFERIMENTO ORDINE ASST	DATA ORDINE	GARANZIA (mesi)	COSTO (iva esclusa)