

ALLEGATO "C"

OGGETTO : SERVIZIO DI ASSISTENZA E MANUTENZIONE FULL RISK DELLE ATTREZZATURE SANITARIE PER LE UNITA' OPERATIVE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA " OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA - CERVELLO".

PREVENTIVO

CENTRO DI COSTO:	DENOMINAZIONE DELL'U.O./SERVIZIO	UBICAZIONE DELL'U.O./SERVIZIO	DATA DEL SOPRALLUOGO	TIMBRO E FIRMA PER AVVENUTO SOPRALLUOGO	DATA CONCORDATA PER LA RIPARAZIONE
_____	_____	SEDE _____	_____	LA CAPOSALA	_____
	CAPOSALA/REFERENTE _____	PADIGLIONE _____ PIANO _____ TELEFONO _____		L'IMPRESA _____	ORE _____
DENOMINAZIONE ATTREZZATURA	TIPOLOGIA DELLA RIPARAZIONE	TIPOLOGIA DEL RICAMBIO	ORE LAVORATIVE	PREZZO DELL'INTERVENTO OFFERTO IN SEDE DI GARA	COSTO TOTALE = I.V.A. ESCLUSA
_____	_____	_____	N. ORE _____	€ _____	€ _____
_____	_____	_____	N. ORE _____	€ _____	€ _____