

Codice cliente: _____

Priorità: _____

Modalità intervento: _____

CLIENTE	Descrizione	_____	DESTINAZIONE DIVERSA	Descrizione	_____
	Indirizzo	_____		Indirizzo	_____
	Località	_____		Città	_____
	Telefono	_____		Telefono	_____

APPARECCHIATURE
DESCRIZIONE INTERVENTO**DATI INTERVENTO A CURA DEL TECNICO**

Data ora inizio:	_____	Data e ora fine:	_____	Totale ore:	_____
.....					

Collaudo finale - esito:	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> KO	<input type="checkbox"/>	Verifica funzionalità - esito:	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> KO	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--------------------------

TECNICI INCARICATI	Diritto fisso di chiamata fino a 100 Km	_____
	Km oltre i 100Km - Tariffa a Km:	_____
	Diritto di urgenza (entro 4 h lavorative)	_____
	Ore di lavoro - Tariffa oraria:	_____
	Materiali / Copie - Totali	_____
	IVA Vs. carico	_____
NOTE	Totale documento	_____
	Ore assistenza residue (contratti ad ore)	_____

Il cliente dichiara di aver collaudato la macchina che risulta perfettamente funzionante e di accettare integralmente in tutte le sue parti il foglio di lavoro

Firma del tecnico
Timbro e firma del cliente