

RICHIESTA DI INTERVENTO TECNICO



Richiedente:

Nome e Cognome:

Società / Studio Medico:

Ospedale:

Città:

Indirizzo:

Tel./Cell.:

E-mail:

Malfunzionamento riscontrato:

Inserire una breve descrizione del guasto inclusi eventuali codici di errore che appaiono sul display.

Descrizione apparato:

Fabbricante:

Modello:

Numero di Serie:

Versione Software:

Data Acquisto:

Ubicazione Apparato:

Studio Medico:

Ospedale:

Città:

Indirizzo:

Piano / reparto / sala:

Persona da contattare:

Nome e Cognome:

Tel./Cell.:

Installazione Garanzia Contratto Fatturazione Demo No addebito

Note per la compilazione:

Il seguente modulo può essere stampato, compilato a mano ed inviato via fax al numero

051-6339168 oppure compilato direttamente a video mediante Adobe Acrobat Reader, stampato e inviato via fax oppure inviato via E-mail al seguente indirizzo:

assistenza@bioskin.it

Segue tariffario Assistenza Tecnica Bioskin Italia S.r.l.

Il cliente