

Hospital Trentine sas	Modulo di richiesta intervento	RRI-1 Vers. 4.0 del 03.08.2017
		Pagina 1 di 1

Spedire compilato in ogni sua parte al n° 0464 / 674507

Alla cortese attenzione sig./sig.ra

CLIENTE					
INDIRIZZO,					
C.A.P.		CITTA'		PR.	
REPARTO / PIANO:					
PERSONA DA CONTATTARE:					
AL NUMERO TELEFONICO:					

PRODOTTO / AUSILIO	
MATRICOLA s/n	
DATA DI ACQUISTO	
MOTIVO INTERVENTO	
PREVENTIVO SPESA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <small>N.B. Qualora non venissero accettati i preventivi formulati, verrà comunque fatturato il diritto fisso.</small>

Data

Firma

In caso di intervento, saranno addebitati: pezzi di ricambio, ore di lavoro (€ 50,00/h + Iva), rimborso chilometrico