

Consip S.p.A. A Socio Unico	<b>Reclamo relativo alle prestazioni erogate dal Fornitore di Apparecchiature Elettromedicali per il Monitoraggio</b>	Modulo B Capitolato Tecnico
--------------------------------	---	--------------------------------

Spett.le XX  
Via YY  
Fax n.

e p.c. Spett.le Consip S.p.A.  
Via Isonzo 19/E  
Fax 06 85449664

Il sottoscritto (*)		in qualità di (*)		
per conto di ( <i>Amministrazione o Ente di appartenenza</i> ) (*)				
Direzione / Altro (*)		con sede in (*)		Prov. (*)
Via	N°	CAP	Tel. (*)	Fax (*)

**Dichiara il verificarsi della/e seguente/i problematica/e (\*)**  
(oggetti del reclamo)

<input type="checkbox"/> Mancata consegna	<input type="checkbox"/> Ritardata consegna
<input type="checkbox"/> Consegna parziale - Rif. Doc. di Trasporto:	<input type="checkbox"/> Mancata erogazione del corso di formazione
<input type="checkbox"/> Mancata sostituzione a seguito di esito negativo di collaudo	<input type="checkbox"/> Mancata messa a disposizione apparecchiatura sostitutiva
<input type="checkbox"/> Mancato ripristino condizioni di funzionamento	<input type="checkbox"/> Errata fattura – Rif. n. di Fattura:
<input type="checkbox"/> Mancata sostituzione apparecchiatura nei tempi prestabiliti	<input type="checkbox"/> Difformità nell'esecuzione delle prestazioni contrattuali
<input type="checkbox"/> Altro	

<b>Descrizione sintetica del problema:</b>

Il sottoscritto è a conoscenza che la non compilazione dei campi obbligatori contrassegnati con un asterisco (\*) solleva il Fornitore dall'obbligo di risposta previsto ai sensi del paragrafo 7.1 del Capitolato Tecnico, in quanto non forniti gli elementi minimi necessari per l'analisi del problema segnalato.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_