

## RAPPORTO ASSISTENZA TECNICA

### RAPPORTO DI ASSISTENZA TECNICA

Richiesta n° \_\_\_\_\_

Apparecchiatura in garanzia: SI ☐ NO ☐

☐ Segue fattura

☐ Intervento in garanzia

☐ Altro \_\_\_\_\_

| CLIENTE RICHIEDENTE                                |  |                   |  |
|----------------------------------------------------|--|-------------------|--|
| Ospedale/Clinica: <u>OSP SAN CAMILLO DB LELLIS</u> |  |                   |  |
| Città: <u>RIETI</u>                                |  |                   |  |
| Indirizzo: <u>VIALE KENNEDY</u>                    |  | CAP: <u>02100</u> |  |

| DATI CHIAMATA                                                     |                                |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Data apertura chiamata:                                           |                                |
| Nome Strumento: <u>CT MOTION</u>                                  | Cod. Strumento: <u>XD 8000</u> |
| SN Strumento: <u>CTM2225042</u>                                   | Inv. Strumento:                |
| Malfunzionamento riscontrato:<br><u>RISCRIZIONE DA SOSTITUIRE</u> |                                |
|                                                                   |                                |
|                                                                   |                                |

| DESCRIZIONE LAVORO SVOLTO                   |                           |
|---------------------------------------------|---------------------------|
| Luogo di partenza:                          | Luogo di riparazione:     |
| <b>Durata spostamento</b>                   |                           |
| Ora inizio viaggio andata:                  | Ora fine viaggio andata:  |
| Ora inizio viaggio ritorno:                 | Ora fine viaggio ritorno: |
| Totale ore di viaggio: <u>3 H</u>           |                           |
| Totale Km di viaggio effettuati: <u>200</u> |                           |
| <b>Tempo esecuzione del lavoro</b>          |                           |
| Ora inizio riparazione:                     | Ora fine riparazione:     |
| Totale ore di lavoro: <u>2 H</u>            |                           |



PERFORMANCE  
HOSPITAL S.R.L.

Mod. 8.5.01 - 12/01/2023

## RAPPORTO ASSISTENZA TECNICA

### Dettaglio operazioni svolte:

SI INTERVIENE E COME DA RICHIESTA SI SOSTITUISCONO I RISCALDATORI SIA DESTRO CHE SINISTRO. SI RISCONTANO LE ROZZE BLOCCHATE E DETERIORATE, SI PRODUCE AZIA SOSTITUZIONE. SI ESSEDE CONTROLLO FUNZIONATI CON ESITO POSITIVO - SI ESSEVONO DIVERSE INFUSIONI CON IN FUNZIONE TUTTI E DUE I RISCALDATORI SENZA ~~CON~~ RISCONTARE PROBLEMI, DISPOSITIVO CONTROLLANTE FUNZIONANTE

### MATERIALE SOSTITUITO DURANTE L'ASSISTENZA TECNICA

| Codice ricambio | Descrizione ricambio | Quantità |
|-----------------|----------------------|----------|
| SP000078-ET     | HEATER RIGHT         | 1        |
| SP000070-ET     | HEATER LEFT          | 1        |
| SP001253-ET     | SUPPRESSION ROZZ     | 1        |
|                 |                      |          |
|                 |                      |          |

### VERIFICA FUNZIONALITA' APPARECCHIATURA A FINE INTERVENTO

☒ POSITIVA

☐ NEGATIVA

### CHIUSURA INTERVENTO

|                                                     |                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------|
| Luogo, data:                                        | RISTI 25/03/25     |
| Firma del Tecnico autorizzato:                      | GIUSTINI DAVID     |
| Firma e timbro Cliente per accettazione intervento: | DEL SIGNORE ENRICO |

U.O.C. Diagnostica per Immagini  
Il Coordinatore  
Dr. Enrico Del Signore

SEDE LEGALE: VIA ITALIA NR.81 PIANO I° 24068 SERIATE (BG)  
COD. FISC. E PARTITA IVA: 03612120166  
CAP. SOC. €. 10.000,00 I.V.