



ASL Oristano

Allegato n° _____ alla Determinazione
Serv. Prov. n. _____ Documento Acqui-
siti in Esenzione) di _____ del _____
Composto di n° _____ fogli

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

Gravese

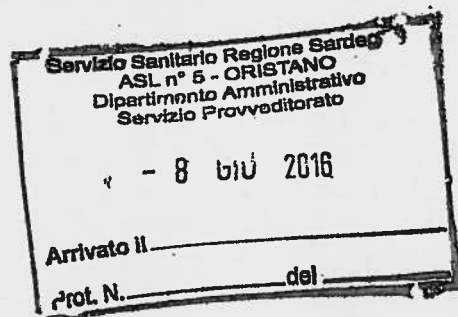
9/6/2016

187

Dipartimento di Prevenzione

Servizio Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro - S.Pre.S.A.L.

Prot. NP/2016/5980



Oristano 08/06/2016

Al Responsabile Ufficio Provveditorato
- SEDE -

Oggetto: Richiesta sostituzione fotocopiatore.

Si richiede con urgenza la sostituzione del fotocopiatore modello RICOH AFICIO MP 4001 PCL 5e in dotazione a codesto Servizio, al fine di garantire il funzionale svolgimento dell'attività di competenza.

Distinti Saluti.

Il Direttore del Servizio
Dott.ssa Maria Bruna Piras

ASL 5 Oristano

Direttore del servizio
(M. Bruna Piras)

Via Carducci, 35
09170 Oristano
Tel 0783/317735. Fax 0783/317738
www.asloristano.it
E-mail: spresal.or@asloristano.it

Allegato n° 2 alla determinazione
Serv. Provveditorato (Coordinamento Acqui-
siti in Economia) N. del
Composto di n° 1 fogli

RAPPORTO DI MANUTENZIONE

ZUCCHETTI
INFORMATICA
LE SOLUZIONI CHE CREANO SUCCESSO

ID RIPARAZIONE ST: 79907C

RIF. CLIENTE:

DATA E ORA APERTURA: 11/05/2016 09:19:43

COMMESSA ST: ZUC.003-Manutenzione Ricoh

CODICE TECNICO: X391X

RAGIONE SOCIALE: AZIENDA U.S.L. 5-SPRESAL

INDIRIZZO: V.CARDUCCI 35 S. PRE.S.A.L. 3° PIANO

CITTA': ORISTANO

RIFERIMENTO: DOTT.SSA MARIA BRUNA PIRAS

CAP: 09170

PROV: OR

TEL. 0783317735

PRODOTTO: STAMPANTE MULTIFUNZIONE

N° COPIE: 260234

MODELLO: MFN RICOH MP4001 60M

MARCA: P85X

SERIAL NUMBER: V7912700607

CESPITE:

DIFETTO SEGNALATO: inceppa la carta da adf

Nominativo: DOTT.SSA MARIA BRUNA PIRAS

NOTA DI DIAGNOSI:

DIFETTO RISCONTRATO:

ATTIVITA' SVOLTA:

Sost. PAPER NON RISOLUTIVA. ~~verifica~~ Segue
ordine altri ricambi

N° COPIE RILEVATE:

SOSTITUZIONE RICAMBI:

☒ SI ☐ No

NECESSITA RICAMBI:

☒ SI ☐ No

Codice Descrizione Q.ta

Codice Descrizione Q.ta

1		
2		
3		
4		
5		

1		
2		
3		
4		
5		

SOSTITUZIONE TOTALE PRODOTTO:

☒ SI ☐ No

Modello nuovo prodotto:

N° copie nuovo prodotto:

S/N nuovo prodotto:

DATA INTERVENTO: 27/05/16

ORA INIZIO: 1015

ORA FINE: 1200

RIPRISTINATA FUNZIONALITA':

☒ SI ☐ No

Nome Tecnico:

Nome Cliente:

Firma Tecnico:

Firma e timbro Cliente:

A FINE INTERVENTO INVIARE SUBITO IL VERBALE VIA FAX AL NUMERO: 02-92462139