

**RICHIESTA D'INTERVENTO N°**

RILEVATA DA ..... DATA 6-7-2016 ORA .....

CLIENTE TOD'S

INDIRIZZO MAXIMILIAN STRASSE 21

CITTA' MUNACO DI BAVIERA

TEL. ....

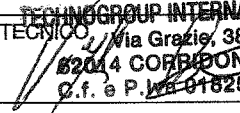
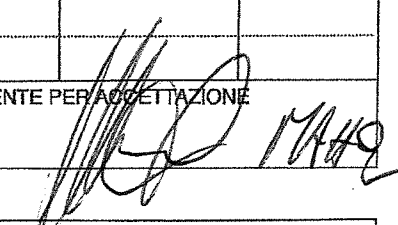
RICHIESTA DA ..... DISPONIBILITÀ CLIENTE .....

DESTINAZIONE .....

DESCRIZIONE RICHIESTA D'INTERVENTO CONTROLLO E MANUTENZIONE  
IMPIANTI SPECIALI

**RAPPORTINO D'INTERVENTO ASSISTENZA**

LAVORO ESEGUITO:  
CONTROLLO TENSIONE BATTERIE, CONTROLLO INTERVENTO  
SISTEMA ANTINCENDIO CON CHIAMATA AL COS, CONTROLLO  
VISIVO INTEGRITÀ IMPIANTI.

| Km percorsi                                                                                                                                                                                                    | DESCRIZIONE MATERIALI SOSTITUITI                                                                                                                                            | Q.tà | Prezzo Unitario                                                                                                      | Prezzo Totale |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Ore viaggio                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                             |      |                                                                                                                      |               |
| Ore lavoro <u>DALE 10</u>                                                                                                                                                                                      | <u>ALE 13:30</u>                                                                                                                                                            |      |                                                                                                                      |               |
| <input type="checkbox"/> GARANZIA                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                             |      |                                                                                                                      |               |
| <input type="checkbox"/> MANUTENZIONE                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                             |      |                                                                                                                      |               |
| <input type="checkbox"/> PAGAMENTO (Rif. Ricevuta Fiscale)                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                             |      |                                                                                                                      |               |
| <b>CONTROLLI FINALI</b><br>PRE-VERIFICA<br><input type="checkbox"/> POSITIVO<br><input type="checkbox"/> NEGATIVO<br>VERIFICA FINALE<br><input type="checkbox"/> POSITIVO<br><input type="checkbox"/> NEGATIVO |                                                                                                                                                                             |      |                                                                                                                      |               |
| DATA <u>6-7-2016</u>                                                                                                                                                                                           | FIRMA TECNICO <br>Via Grazie, 38/B<br>62014 CORRIDONIA (MC)<br>C.f. e P. IVA 01825130436 |      | FIRMA CLIENTE PER ACCETTAZIONE  |               |

**RAPPORTINO DI NON CONFORMITÀ**

| DESCR. PROBLEMA                                                                        | DESCR. CAUSA          | SOLUZIONE ADOTTATA             | STIMA COSTO |           |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------|-------------|-----------|--------|
|                                                                                        |                       |                                | ORE         | MATERIALE | TOTALE |
| - PULSANTE ANTINCENDIO SITO AL 2 PIANO ZONA RACK HA IL VETRO ROTTO                     |                       |                                |             |           |        |
| - MANCANZA DI CHIAVI x IL RIARMO DEI PULSANTI ANTINCENDIO                              |                       |                                |             |           |        |
| - MONITOR TVCC DIRETTORE GUASTO (MONITOR O SPINETTA COASSIALE)                         |                       |                                |             |           |        |
| - SISTEMA ANTITACCHEGGIO INGRESSO PRINCIPALE NON FUNZIONANTE (TECNICO IRRAGIUNGIBILE). |                       |                                |             |           |        |
| RILEVATA E RISOLTA DA                                                                  | DATA <u>06/7/2016</u> | PARTECIPANTE ALLE DISPOSIZIONI |             |           |        |

|                                                                    |                                          |                                    |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>TECNOGROUP</b><br><small>sistemi integrati di sicurezza</small> | <b>RELAZIONE D'INTERVENTO ASSISTENZA</b> | Mod 032<br>REV. 00<br>DEL 25/09/00 |
|                                                                    | SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ       | Pag. 1 di 1                        |

### RICHIESTA D'INTERVENTO N°

|                                                                    |                                |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| RILEVATA DA .....                                                  | DATA <u>6-7-2016</u> ORA ..... |
| CLIENTE <u>TOD'S</u>                                               |                                |
| INDIRIZZO <u>NEUHAUSER STRASSE 18</u>                              |                                |
| CITTÀ <u>MONACO DI BAVIERA</u>                                     |                                |
| TEL. ....                                                          |                                |
| RICHIESTA DA .....                                                 | DISPONIBILITÀ CLIENTE .....    |
| DESTINAZIONE .....                                                 |                                |
| DESCRIZIONE RICHIESTA D'INTERVENTO <u>CONTROLLO E MANUTENZIONE</u> |                                |
| <u>IMPIANTO ALLARME - SOSTITUZIONE DVR TVCC GUASTO</u>             |                                |

### RAPPORTINO D'INTERVENTO ASSISTENZA

|                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                           |                                               |                 |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------|---------------|
| LAVORO ESEGUITO:                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                           |                                               |                 |               |
| <u>CONTROLLO TENSIONE BATTERIE - CORRETTO FUNZIONAMENTO</u>                                                                                                                                                    |                                                                                                                           |                                               |                 |               |
| <u>ALLARME CON CHIAMATA AL CLIENTE - SOSTITUITO DVR -</u>                                                                                                                                                      |                                                                                                                           |                                               |                 |               |
| <u>ORIENTATO TELECAMERE</u>                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                           |                                               |                 |               |
| Km percorsi .....                                                                                                                                                                                              | DESCRIZIONE MATERIALI SOSTITUITI                                                                                          | Q.tà                                          | Prezzo Unitario | Prezzo Totale |
| Ore viaggio .....                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                           |                                               |                 |               |
| Ore lavoro <u>DALLE 13:30 ALLE 16:30</u>                                                                                                                                                                       |                                                                                                                           |                                               |                 |               |
| <input type="checkbox"/> GARANZIA<br><input type="checkbox"/> MANUTENZIONE<br><input type="checkbox"/> PAGAMENTO (Rif. Ricevuta Fiscale)                                                                       |                                                                                                                           |                                               |                 |               |
| <b>CONTROLLI FINALI</b><br>PRE-VERIFICA<br><input type="checkbox"/> POSITIVO<br><input type="checkbox"/> NEGATIVO<br>VERIFICA FINALE<br><input type="checkbox"/> POSITIVO<br><input type="checkbox"/> NEGATIVO |                                                                                                                           |                                               |                 |               |
| DATA <u>6-7-16</u>                                                                                                                                                                                             | FIRMA TECNICO <u>[Firma]</u><br><small>Via Grazie, 88/B<br/> 62014 CORRIDONIA (MC)<br/> C.F. e P. Iva 01925130436</small> | FIRMA CLIENTE PER ACCETTAZIONE <u>[Firma]</u> |                 |               |

### RAPPORTINO DI NON CONFORMITÀ

| DESCR. PROBLEMA                                   | DESCR. CAUSA | SOLUZIONE ADOTTATA                   | STIMA COSTO |           |        |
|---------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------|-------------|-----------|--------|
|                                                   |              |                                      | ORE         | MATERIALE | TOTALE |
| <u>- IMPIANTO D' ALLARME NON COLLEGATO AL COS</u> |              |                                      |             |           |        |
|                                                   |              |                                      |             |           |        |
|                                                   |              |                                      |             |           |        |
|                                                   |              |                                      |             |           |        |
|                                                   |              |                                      |             |           |        |
|                                                   |              |                                      |             |           |        |
|                                                   |              |                                      |             |           |        |
|                                                   |              |                                      |             |           |        |
| RILEVATA E RISOLTA DA .....                       | DATA .....   | PARTECIPANTE ALLE DISPOSIZIONI ..... |             |           |        |