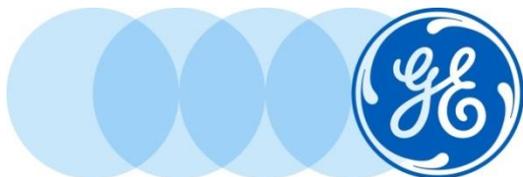


RIFERIMENTI SOCIETARI:

GE Medical Systems Italia S.p.A.  
Via Galeno, 36 - 20126 Milano  
Telefono (centr.) 02 - 26001-111

Sede Legale: Via Galeno, 36 - 20126 Milano  
Capitale Euro 5.000.000 interamente versato  
Iscrizione Registro Imprese di Milano 93027710016 R.E.A.  
1689710 C.F. 93027710016 / P.IVA 03663500969



<b>Preventivo nr.:</b> 23992821/ 01 <b>Data:</b> 22/09/2021	<b>Spett.le:</b> <b>AZIENDA PER LA TUTELA DELLA SALUTE</b> VIA ENRICO COSTA N. 57 (PIAZZA FIUME) UFFICIO ASSL SASSARI 07100 SASSARI Codice Cliente: 23453808
<b>Vs. richiesta:</b> MAIL ING CLINICA 2021/02371  <b>Data:</b> 19/08/2021	
<b>Apparecchiatura:</b> ULTRASOUND UNSPECIFIED <b>Numero Sistema:</b> OXXXXX02	

Gentile Cliente,

con la presente trasmettiamo preventivo di spesa per la riparazione della sonda modello M4S-RS Sn. 197904YP6 che rientra nella classificazione di Full Repair.

Linea	Descrizione	Q.tá		Prezzo a Voi Riservato
1	FULL REPAIR	1.00		2,500.00
<b>Imponibile EURO (Iva Esclusa)</b>				2,500.00
<b>IVA</b>				22%
<b>Totale Euro (Iva Inclusa)</b>				3,050.00

**Condizioni di Fornitura**

In caso di mancata accettazione del preventivo di riparazione, sarà fatturato il valore di 500€ iva esclusa in caso di sonda TEE o 300€ per le altre tipologie di sonde, per la sola diagnosi effettuata e necessaria a confermarVi l'effettivo valore della quotazione.. Quotazione soggetta ad eventuale revisione qualora durante la riparazione emergano dei guasti occulti non precedentemente diagnosticati. In caso di sonda non riparabile sarà proposto preventivo per la sostituzione exchange della sonda.

Consegna: La più sollecita dopo Vostro ordine.  
Pagamento: 30 giorni data fattura.  
Garanzia: 3 mesi sui componenti riparati o sostituiti  
Validità offerta: 30 giorni.

In caso di mancato o ritardato pagamento la messa in mora avverrà a mezzo raccomandata A/R

**Per ulteriori informazioni Vi preghiamo di contattare il responsabile commerciale Services di zona**  
**Alessandra.Laforgia@ge.com - 342 3408476** **mail: repaircenteritaly@ge.com**  
**Campus Claudio - 345 4534388**

Per accettazione inviare Vs. ordine al **fax: AREA SUD - 800917294**

In caso di NON accettazione Vi preghiamo di inviare ordine con CIG per la fatturazione della diagnosi.

Cordiali Saluti,  
GE Medical Systems Italia S.p.A.

**TIMBRO E FIRMA PER ACCETTAZIONE CON DATI FISCALI**

**Numero Ordine:**  
CIG:  
Data:  
Nome Cognome:

In ottemperanza all'art. 3 Legge 13 Agosto 2010 n. 136, si richiede la trasmissione del relativo numero di CIG (Codice Identificativo Gara), al fine di regolarizzare la posizione amministrativa

