

AZIENDA OSPEDALIERA S. CROCE E CARLE

PRESTAZIONI DI SERVIZI – A.M.O.S. S.C.R.L.

OGGETTO: ☒ SERVIZIO HELP DESK e ASSISTENZA PC

—

Struttura utilizzatrice: _____

Le prestazioni nel mese di _____

☐ sono state eseguite regolarmente

☐ non sono state eseguite regolarmente

MOTIVI/
RECLAMI:

DATA _____

**Firma del Responsabile di
Struttura della Committente**
(o Suo delegato):