

IMPIANTO/LINEA	
----------------	--

FORNITORE		CTR. N.	
-----------	--	---------	--

RICHIESTA INTERVENTO N.		DATA COMPILAZIONE	
-------------------------	--	-------------------	--

INTERVENTO DA CAPITALIZZARE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

NECESSITA' PREVENTIVO PRIMA DI AVVIO INTERVENTO?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	COMPILAZIONE VERBALE VERIFICA OBIETTIVI A FINE INTERVENTO?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
--	-----------------------------	-----------------------------	--	-----------------------------	-----------------------------

1) CODICE MACCHINA:		KM/ORE:		INTERVENTO IN GARANZIA:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
---------------------	--	---------	--	-------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Descrizione intervento

2) CODICE MACCHINA:		KM/ORE:		INTERVENTO IN GARANZIA:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
---------------------	--	---------	--	-------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Descrizione intervento

3) CODICE MACCHINA:		KM/ORE:		INTERVENTO IN GARANZIA:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
---------------------	--	---------	--	-------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Descrizione intervento

IL RICHIEDENTE (Nome e Cognome)	
Per approvazione DIREZIONE TECNICA OPERATIVA	_____