

## CONTRATTO TELEASSISTENZA SW

Da restituire compilato con timbro e firma per accettazione

Spett.le

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Codice	Descrizione	Prezzo Unitario (Iva esclusa)	
C_TELEASS_S	Intervento di <b>TELEASSISTENZA SPOT</b> , verrà applicata la tariffa oraria di € 60,00. Il tempo di intervento verrà calcolato e fatturato in minuti, <u>con un minimo di 30 minuti pari ad € 30,00</u> , con frazioni di 5 minuti calcolati sempre in eccesso	€ 60,00 orari	<input checked="" type="checkbox"/>

### RICHIESTA DI TELEASSISTENZA REMOTA

#### AREA DI INTERVENTO

<input type="checkbox"/> SISTEMISTICA	<input type="checkbox"/> SW IPSOA PROFESSIONISTA	<input type="checkbox"/> SW IPSOA SISTEMA IMPRESA	<input type="checkbox"/> SW OSRA	<input type="checkbox"/> _____
---------------------------------------	---	--	----------------------------------	--------------------------------

#### PREMESSO CHE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, in nome e per conto dell'Utente sopra indicato,

#### RICHIEDE

il vostro intervento in **Teleassistenza Remota**, mediante collegamento diretto tra elaboratori, al fine di ottenere il supporto per l'utilizzo delle procedure software sopra specificate.

#### DICHIARA DI

1. Autorizzare ai sensi della Legge 675/96 e successive modifiche ed integrazioni la consultazione e l'accesso ai dati personali eventualmente custoditi presso la propria sede.
2. Mettere a disposizione del fornitore del servizio **CREAD srl** tutte le apparecchiature necessarie per stabilire il collegamento.
3. Aver provveduto ad effettuare le necessarie **copie di sicurezza** dei supporti di memorizzazione (*backup*).
4. Presenziare durante tutta la durata dell'intervento al fine di fornire ogni indicazione richiesta.
5. Esonerare il fornitore da qualunque responsabilità per danni, diretti o indiretti, che possano derivare dall'esecuzione dell'intervento.
6. Impegnarsi a corrispondere il corrispettivo della prestazione, se richiesto, da computarsi alle tariffe vigenti. La durata massima autorizzata dell'intervento è di \_\_\_\_\_ ore

Pagamento:

- BB 30 gg df su UNICREDIT BANCA – Piazza SAFFI Forlì (IBAN IT43 E 02008 13220 000002799063)  
 RB 30 gg fm IBAN \_\_\_\_\_ (Banca \_\_\_\_\_ Filiale \_\_\_\_\_)

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma cliente