

## CERTIFICATO COLLAUDO DI FUNZIONALITA'

Documento da allegare alla Fattura (a cura del Fornitore nel caso di appalto)

**Data Fine Lavori:** 28/09/2016

Compilatore
UFF. TECN. MACCHINARIO

Denominazione del Bene:  ESTENSIONE ASSISTENZA AVVIO PRODUZIONE (TURNO NOTTURNO)  PLC LINEA DI TAGLIO PL. 6 CASSINO				
Modello : N° R.D.A :		DINE:	DATA ORDINE : Posizione dell'Oro	line:
274533	884 21	115534	01/09/16 tutte	
FORNITORE: R.E.M. SRL S0620				
INDIRIZZO FORNITORE (per invio certificato): VIA FERRUCCIA 16 A PATRICA (FR)				
STABILIMENTO UTILIZZATORE :	Targa Cespiti :			
FCA CASSINO COLD 871190027				
Unità Operativa : STAMPAGGIO				
Verificato che:				
La fornitura è stata completata ed il bene costruito e funzionante come previsto da ordine e secondo le Norme ed i capitolati allegati.				
Tutta la documentazione relativa, come da Norma 9.70106/00, è stata consegnata allo Stabilimento.				
ti personale addetto alla conduzione / manutenzione è stato opportunamente addestrato secondo le modalità previste nell'ordine.				
Le attrezzature (punti di riferimento / bloccaggio / appoggio) sono state certificate a disegno.				
Il tempo ciclo rilevato, pari a: è conforme a quello previsto nell'ordine.				
Le prestazioni qualitative (valutate mediante capability secondo Normativa 70110) sono risultate conformi agli obiettivi previsti.				
Esistono osservazioni non pregiudizievoli al funzionamento del bene. (in caso positivo riportarle in un apposito allegato con indicazione degli Enti Responsabili e relativi tempi previsti per la rimozione)				
SI ATTESTA:   Benestare di Funzionalità   Benestare S.A.L.				
n° SAL : Percentuale : Importo S.A.L. :				
		FIN	100% 4.180	
Il fornitore si impegna a indicare sulla fattura il n° rif. BEM, comunicato dall'Ente Commitente entro 2 gg lav. da data BEM. La mancata indicazione del rif. BEM comporterà la richiesta di storno della fattura.				
Ing. Produzione Stabilimento	Visto TECNOLOGIE Visto		Visto FORNITORE	
Firma responsabile Centro di Costo				
	Usto Ufficio Visto resp. Settore			
		Tista resp. wattere		
	5		*	

Procedure: 71017/01