

FORM RECUPERO DATI

Vi preghiamo, per quanto possibile, di compilare il Form in tutte le sue parti e di spedirlo con il supporto

Ragione Sociale _____

Indirizzo _____

Referente _____

Telefono / Fax / email _____

marca _____ modello _____

numero di serie _____ capacità _____

sistema operativo _____ tipo file system _____

sintomi del guasto _____

Descrizione di ogni eventuale tentativo di recupero precedente _____

<p>Tipo di intervento richiesto (le tempistiche sono riferite alla diagnosi e non al recupero dei dati e comunque relativamente ad un solo disco)</p> <p><input type="checkbox"/> Standard (2-4 giorni) Diagnosi gratuita</p> <p><input type="checkbox"/> Prioritario (1-2 giorni) € 200,00</p> <p><input type="checkbox"/> Emergenza (24 ore) € 300,00</p> <p>Standard, RAID 1 € 100,00</p> <p>Standard, RAID 0 € 200,00</p> <p>Standard, RAID 5 € 300,00 (riferito a 3 dischi)</p>	<p>Supporto su cui verranno forniti i dati (selezionare una voce)</p> <p><input type="checkbox"/> CD, se dati inferiori a 3,5 GB</p> <p><input type="checkbox"/> DVD, se dati inferiori a 25 GB</p> <p><input type="checkbox"/> DVD, se dati inferiori a 25 GB</p> <p><input type="checkbox"/> ALTRO:</p>
---	---

Se necessario, i dischi potranno essere aperti (potrebbe invalidare la garanzia) SI NO

nome e cognome: _____

data: _____ firma: _____

