

Az. Osp. – Univ. Pisana	<b>MODULO DI REGISTRAZIONE*</b>  <b>RICHIESTA STRUMENTI DA MEDICAZIONE / ACCESSORI ACCIAIO INOX / CONTAINER / MINI CONTAINER / LARINGOSCOPI E RELATIVI ACCESSORI</b>	T.04/P.A.27  Rev. 06 del 21/09/2022  Pag. 1 di 1
----------------------------	--	---

SEZIONE 1		
COMPILARE A CURA DEL REPARTO/SEZIONE RICHIEDENTE E DA INVIARE ALLA U.O. POSTB		
DIPARTIMENTO DI APPARTENENZA	Richiesta n° (!)	
	Data	
U.O./SEZ.	Centro di costo	
PERSONA DI RIFERIMENTO		
e-mail	n° tel.	n° fax

Strumenti da medicazione

Accessori acciaio inox

Laringoscopi e accessori

Container + accessori

Mini container + accessori

N°	DESCRIZIONE PRODOTTO	MODELLO	CODICE PRODOTTO	QUANTITÀ
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
Direttore Unità Operativa <i>(timbro e firma)</i>		C.I. / Coord. Ostetrico / Ref. Tecnico <i>(timbro e firma)</i>	Direttore di Dipartimento <i>(timbro e firma)</i>	

<sup>1</sup> Riportare il numero d'ordine progressivo del registro predisposto

\* Il presente modulo **deve essere inviato tramite** posta interna c/o PO S.Chiera, Ed. 9, Secondo Piano, Stanza 45 oppure scannerizzato, comprensivo delle firme, via e-mail ([c.faijon@ao-pisa.toscana.it](mailto:c.faijon@ao-pisa.toscana.it)).