



## RICHIESTA DISPOSITIVI MEDICI NON COMPRESI NEL REPERTORIO

Alla UOC Farmacia – UOS Dispositivi Medici

CDC	DESCRIZIONE CENTRO DI COSTO			DATA	
Codice farmacia	CODICE DITTA	DESCRIZIONE	Scorta di Reparto	Quantità	Fabbisogno per giorni

- Materiale già in uso
- Materiale nuovo sostitutivo di.....

Ditte proposte: 1).....

2) .....

3) .....

Ditta esclusivista.....Motivazione:.....

.....

.....

IL DIRIGENTE MEDICO  
*Firma e timbro*

**RISERVATO ALLA FARMACIA**

**IL FARMACISTA**  
*Firma e timbro*

data ricevimento richiesta

data evasione richiesta