



(Modulo da riempire obbligatoriamente in tutte le sue parti)

RICEVIMENTO DI UN BENE IN PROVA E/O VISIONE

Presidio Ospedaliero/Dipartimento/Distretto di.....

Il Dirigente..... Responsabile dell'U.O.

C H I E D E

L'autorizzazione all'utilizzo della seguente tecnologia per la durata
di.....dal...../...../.....al...../...../.....

Tipo e caratteristiche del bene (specificare anche la finalità d'uso e la ditta produttrice
nonché il valore del bene IVA compresa

.....
.....
.....

L'apparecchiatura:

- non richiede alcun tipo di materiale di consumo
- richiede materiale di consumo che sarà fornito gratuitamente dalla
Ditta.

Essendo l'apparecchiatura in visione, non si procederà alla richiesta di acquisto di
alcun tipo di materiale di consumo.

Si allega la dichiarazione sottoscritta dalla Ditta concedente.

Distinti Saluti.

Data/...../.....

Il Responsabile U.O.

.....
(Timbro e Firma)

Visto: Parere favorevole
Il Dirigente Sanitario del P.O./ Distretto

.....

Data/...../.....