

N.Richiesta	MODULO DI RICHIESTA SERVIZI	
(Spazio Riservato)		
	Valido per acquisizione di servizi	
Data		
Dipartimento		
U.O. / Servizio richiedente		

A) INFORMAZIONI SANITARIE
Tipologia e descrizione del farmaco:
.....
.....
Indicazioni terapeutiche del farmaco per specifica patologia:
.....
.....
Indicazioni terapeutiche del farmaco per specifici casi clinici:
.....
.....
Documentazione scientifica di riferimento:
.....
.....

B) INFORMAZIONI SANITARIE/ORGANIZZATIVE
Impiego sanitario : n° di casi da trattare previsti
.....
<input type="checkbox"/> In uso esclusivo presso l'U.O./Servizio richiedente <input type="checkbox"/> In uso presso altre UU.OO./Servizi (<i>indicare</i>):
Codice:
Produttore:
Fabbisogno annuo presunto in UM:
Spesa annua presunta (IVA esclusa):
Durata proposta del contratto di fornitura: