



ALL' U.O.C. PROVVEDITORATO

email:ufficio.provveditorato@irccsme.it

RICHIESTA DI ACQUISTO URGENTE DI BENI SANITARI

Richiesta Prot. N. _____ del _____

☐ P.O. Piemonte

☐ P.O. Casazza

U.O. S/D/C di _____

Centro di Costo: _____

Referente per la richiesta ai fini di ulteriori richieste tecniche

Nome e Cognome: _____

Telefono: _____

Mail: _____

Quantità Richiesta	Descrizione Prodotto (Denominazione e caratteristiche identificative)

Motivazione della richiesta:

**Il Richiedente
Dell'U.O.**

(firma e timbro leggibile)

☐ si attesta che il/ i bene/i richiesto/i non sono disponibili presso i magazzini aziendali e/o oggetto di procedura di gara attive al momento attive presso questa Azienda

AUTORIZZAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'U.O.S.D. FARMACIA	☐ FAVOREVOLE
	☐ NON FAVOREVOLE
	Firma del Responsabile dell'U.O.S.D. Farmacia

AUTORIZZAZIONE DEL DIRETTORE DELL'UOC PROVVEDITORATO ED ECONOMATO	☐ FAVOREVOLE
	☐ NON FAVOREVOLE
	Firma e timbro del Direttore dell'U.O.C. Provveditorato