



A.O.R.N. "Sant'Anna e San Sebastiano"

U.O.C. Tecnologia Ospedaliera

Richiesta di intervento per apparecchiatura elettromedicale

Data Richiesta:		Ora richiesta:		N° richiesta	
<i>RICHIEDENTE</i>					
Richiedente:		N° telefonico:			
Unità operativa:		C.d.C.:			
Padiglione:		Piano:			
<i>DATI APPARECCHIATURA</i>					
Classe:		Produttore:			
Modello:		Inventario:			
Matricola:		Garanzia:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Titolo di possesso:	<input type="checkbox"/> Proprietà		<input type="checkbox"/> Non proprietà		
<i>DESCRIZIONE GUASTO/RICHIESTA</i>					
Apparecchiatura ferma: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Timbro dell'U.O.			Firma del richiedente		

<i>PARTE RISERVATA ALL'U.O.C. TECNOLOGIA OSPEDALIERA</i>					
Ricevuto il:		Ora:			
N° progr.:		Firma:			