



C/A FARMACIA OSPEDALIERA

e-mail: richiestegas@aouss.it

MODULO RICHIESTA DISPOSITIVI MEDICI

(Barrare il prodotto scelto)

Flussimetri completi di innesto e umidificatore

N_____ attacco UNI

N_____ attacco AFNOR

Innesti singoli

N_____ attacco UNI

N_____ attacco AFNOR

Flussimetri singoli

N_____ attacco UNI

N_____ attacco AFNOR

Umidificatori singoli

N_____ umidificatori singoli compatibili con

il flussimetro in dotazione

Note varie (qualsiasi altro tipo di DM non ricompreso tra quelli citati): _____

BARRARE SE URGENTE

DATA

TIMBRO E FIRMA