



AOUSassari

SC Farmacia Ospedaliera



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 compreso tra quelli citati): _____

BARRARE SE URGENTE

☐

DATA

TIMBRO E FIRMA