



Regione Puglia
O S P E D A L I R I U N I T I
 Azienda Ospedaliero - Universitaria
F O G G I A

SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA

RICHIESTA INTERVENTO TECNICO
APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI
 Nr. Fax 0881.732273

Data ____/____/____

Presidio _____ Reparto _____

Numero telefonico del richiedente (interno/cellulare) _____

Richiesta:	<input type="checkbox"/>	Normale	<input type="checkbox"/>	Urgente	<input type="checkbox"/>	Urgentissima
Disponibilità Reparto:	<input type="checkbox"/>	Mattina	<input type="checkbox"/>	Pomeriggio	<input type="checkbox"/>	Concordare

(si prega di non far abuso delle diciture Urgente e Urgentissima)

Tipo di apparecchiatura:	_____
Numero censimento elettromedicale:	_____
(targa di colore bianco a 10 numeri)	700900 _____
Centro di costo:	_____
Descrizione del guasto:	_____

(richieste incomplete non sufficientemente descritte non verranno evase)

Firma e Timbro del richiedente Responsabile
 (apporre firma leggibile)
