Foggia, lì

Alla c.a. del Direttore Sanitario

Dott.ssa Laura Moffa.

S E D E

**Oggetto: visione della apparecchiatura – richiesta di parere**

Vista l’offerta prot. N. …………………… del …/…/…. della Ditta Distributrice/Costruttrice ………. per la visione per un periodo di ………. giorni a cominciare dalla data da convenirsi per il dispositivo medico ………………………., modello …………….., della Ditta Costruttrice …………….. .

Destinazione d'uso: ………………………………… …………………………………………………...........

………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Con la presente si esprime

□ Parere favorevole

□ Parere sfavorevole

Con la prova si intende: …………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Inoltre si propone di dislocare l'apparecchiatura in oggetto presso (indicare la sala) … … … … … … … … … … … … … … … … … ….. ove  (\*) impiegati gas infiammabili (barrare la voce di non interesse come di seguito riportato: ~~vengono~~).

Si comunica, altresì, che  l'assistenza del personale della Ditta offerente la visione per n. …… giorni.

In attesa di vostre comunicazioni in merito, si porgono cordiali saluti.

Il Direttore U.O.C. Il Direttore di Dipartimento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(timbro e firma) (timbro e firma)