

RAGIONE SOCIALE SANITARIA/FARMACIA/OFFICINA ORTOPEDICA (PUNTO DI DISTRIBUZIONE) _____

INDIRIZZO * _____ P. IVA _____

TEL _____ -- E-MAIL _____

* L'indirizzo deve essere quello della sede/filiale che fungerà da punto di distribuzione dei prodotti oggetto della fornitura

IN DATA _____ L'ASSISTITO SIG./SIG.RA (O SUO DELEGATO) _____

HA PRESENTATO PRESCRIZIONE EFFETTUATA IL _____ DA (INDICARE MEDICO E STRUTTURA) _____

ELENCO PRODOTTI PER I QUALI DOVRA' ESSERE INVIATA RICHIESTA DI FORNITURA

ISO	ISO-SANPRO	FORNITORE	DESCRIZIONE PRODOTTO	Marca	QUANTITA'	Cod. fornitore	Misura 1	Misura 2	PARAF

FIRMA ASSISTITO _____