

Azienda Sanitaria Locale NA 3 Sud

Comuni afferenti: Vico-Equense, Meta, Piano di Sorrento, Sant'Agnello, Sorrento, Massalubrense

Sede distrettuale: Via Mariano Lauro, 1-80065 Sant'Agnello (NA)

Tel. 0815331111-fax 0815331460

Direzione sanitaria: 0815331447/449

All'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud

Al Dipartimento Farmaceutico dell'ASL NA 3 Sud

Al Responsabile della Farmacia del Ds 59 dell'ASL NA 3 Sud

**Oggetto: Richiesta acquisto dispositivi diabetici**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CHIEDE

alla suddetta A.S.L. la fornitura dei dispositivi diabetici come da piano terapeutico allegato.

Al presente modulo si allega il documento di riconoscimento e la richiesta dell'ordine.

Recapiti telefonici:

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

email: \_\_\_\_\_

Firma

Sant'Agnello, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Azienda Sanitaria Locale NA 3 Sud

Comuni afferenti: Vico-Equense, Meta, Piano di Sorrento, Sant'Agello, Sorrento, Massalubrense

Sede distrettuale: Via Mariano Lauro, 1-80065 Sant'Agello (NA)

Tel. 0815331111-fax 0815331460

Direzione sanitaria: 0815331447/449

**All'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud**

**Al Dipartimento Farmaceutico dell'ASL NA 3 Sud**

**Al Responsabile della Farmacia del Ds 59 dell'ASL NA 3 Sud**

**Oggetto: Richiesta acquisto dispositivi diabetici**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

in qualità di **genitore/tutore** di \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CHIEDE

alla suddetta A.S.L. la fornitura dei dispositivi diabetici come da piano terapeutico allegato.

Al presente modulo si allega il documento di riconoscimento e la richiesta dell'ordine.

Recapiti telefonici:

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

email: \_\_\_\_\_

Firma

Sant'Agello, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_