

Al Direttore U.O.C. Acquisizione beni e servizi

Email: sabs@pec.aslnapoli3sud.it

Prot. n°: _____ del _____

Distretto Sanitario n° _____/U.O. Assistenza Riabilitativa

Responsabile dott. _____

Il sottoscritto _____

per sé stesso

Delegato in qualità di FAMILIARE/ALTRO documento n: _____

Residente a _____

Via _____ n: _____

Telefono: _____

CHIEDE

Ai sensi del D.M. 332/99 la fornitura del seguente presidio (indicare tipologia di presidio)

Con la corrispondente Ditta fornitrice (barrare la casella ed apporre firma alla ditta prescelta)

<input type="checkbox"/>	EUBIOS SRL	
<input type="checkbox"/>	VIVISOL NAPOLI	
<input type="checkbox"/>	MEDICAIR SRL	
<input type="checkbox"/>	MAGALDI LIFE	
<input type="checkbox"/>	VITALAIRE	
<input type="checkbox"/>	LINDE MEDICALE	
<input type="checkbox"/>	CARE LIFE	
<input type="checkbox"/>	RESPIRAIRE SRL	
<input type="checkbox"/>	NIPPON GASES PHARMA SRL	
<input type="checkbox"/>	SICO SPA	

Si impegna a comunicare alla UOAR del proprio Distretto, il prima possibile, ogni variazione o non utilizzo dell'apparecchiatura fornita. Il sottoscritto dichiara altresì di essere stato informato/a ai sensi e per gli effetti del codice in materia di protezione dei dati personali approvato con DL n 196 del 30/6/03 che i dati personali raccolti verranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo competono tutti i diritti rilevati dalla stessa norma.

_____ (Firma)

_____ (Data)