

Modello C – FARMACIA (acquisto urgente)

ALL' ECONOMATO DEL P.O. / DISTRETTO – di _____

Responsabile Sig. _____ DATA _____

U.O. FARMACIA CENTRO DI COSTO _____ - _____ TEL. _____

Oggetto : Si richiede l'acquisto di :

→ NB. E' obbligatorio compilare ogni parte e apporre il timbro dove previsto con firma leggibile**MOTIVO DELL'URGENZA:
ACQUISTO DI MATERIALE SANITARIO O FARMACOLOGICO NON IN GARA O AL MOMENTO NON
REPERIBILE PER I SEGUENTI MOTIVI** _____

IL QUANTITATIVO RICHIESTO COPRE PRESUMIBILMENTE UN PERIODO DI _____**EVENTUALE GIACENZA** _____

FIRMA E TIMBRO DEL DIRIGENTE FARMACIA

Riservato all'U.O. Periferica E - Procurement di _____**L'acquisto di** _____

È approvato con ordine Economicale n. _____ **del** _____**IL COORDINATORE ECONOMALE**
