

Azienda Sanitaria Provinciale Trapani
Distretto di.....

Richiesta acquisto di farmaci e presidi fuori gara

Prot. N_____ del _____

Al Coordinatore della Commissione acquisti Farmaci e Presidi Fuori Gara
Via Pindemonte 55
Alcamo Tel /Fax 0924-599292

Si trasmette, con la presente, richiesta del Responsabile della U.O. di.....
per l'acquisto del materiale appresso elencato:

Il sottoscritto Dr.....

Dirigente della U.O. di.....

Distretto/Presidio Ospedaliero di.....,

chiede

L'autorizzazione all'acquisto del materiale seguente:

.....
.....
.....

Dichiara che tale acquisto è urgente e non differibile per cui propone l'acquisto presso la ditta

.....
Dichiara che :

1. Il consumo per l'anno precedente è stato di
2. Che la quantità prevista per l'anno in corso è di.....
3. Che il costo unitario del materiale richiesto è di €.....

Il Responsabile della U.O.

Dr.....

Il Sottoscritto, Responsabile della Farmacia Distrettuale, dichiara che il prodotto richiesto non è inserito in nessuna Gara valida Aziendale .

Il Farmacista

.....

Nulla Osta Il Direttore Sanitario

Dr.....

Data.....

Il Dirigente Amministrativo

.....