

ELENCO BENI ASP di TRAPANI

U.O.C.

U.O.S. Ufficio

STANZA N. __

N.	Num. Inventario	Descrizione del bene	Num.Serie o Matricola (*)	Marca	Modello	Note Aggiuntive (es. Num.S.I.C. delle attrezzature sanitarie, ecc...) (**)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						

Data __/__/__

Il Dirigente Responsabile Consegnatario (Nome - Cognome - Firma)	Il Coordinatore Infermieristico (Nome - Cognome - Firma)	Gli Utilizzatori (Nome - Cognome - Firma)
	Il Coordinatore Tecnico (Nome - Cognome - Firma)	

(*) Num. Serie o Matricola Apposto dalla fabbrica

(**) Num. S.I.C. Apposto sulle **Attrezzature Sanitarie** in carico all'U.O.S. Ingegneria Clinica