



RICHIESTA PASTA D'OSSO DISTRIBUITA DA MIRCON MEDICAL s.r.l.

Si richiedono per il giorno: / /

(sbarrare, nella seguente tabella, le voci interessate e specificare la quantità)

CODICE	PRODOTTO	EURO *	QUANTITA'
I013005	<input type="checkbox"/> Regenafil Room Temp 0.5 cc	179,00	
I005301	<input type="checkbox"/> Regenaform Room Temp 1 cc	395,00	
I005302	<input type="checkbox"/> Regenaform Room Temp 2 cc	595,00	

per il/la paziente (cognome) **		(nome)	
nato/a il		di gruppo sanguigno	
candidato/a ad intervento di:		previsto per il giorno:	
presso l'Ospedale / Casa di Cura:		tel.	fax
via	CAP	città	prov.
L'importo dovuto è fatturabile al numero di partita IVA/C.F.			
AUSL / Casa di Cura		prov.	regione
CONSEGNARE A:		IL GIORNO:	ENTRO ORE:
Per la Direzione Sanitaria/Azienda (timbro e firma leggibile)		Il Medico richiedente (timbro e firma leggibile)	
<p>La richiesta, compilata in ogni sua parte, è inoltrabile via Fax 051-6366137. Al fine di evitare disguidi, raccomandiamo di seguire le vostre procedure amm.ve aziendali relative agli ordini; l'emissione del buono d'ordine (per la cui corretta emissione è consigliabile rivolgersi alla segreteria BTM tel. 051-6366036) esonera dal visto della Direzione sanitaria, altrimenti assolutamente obbligatorio. L'Istituto Ortopedico Rizzoli garantisce il trattamento dei dati in ottemperanza alla Legge 196/2003 e successive modificazioni/integrazioni.</p>			

* I tessuti sono esenti IVA (art. 10 D.P.R. 633/72) e i prezzi sono comprensivi dei costi di trasporto

**Se per scorta, segnare "SCORTA" al posto del nominativo del paziente

