



AL CASSIERE ECONOMALE

SEDE

email: richiestabeni@ao-garibaldi.ct.it

**RICHIESTA DI ACQUISTO URGENTE DA EFFETTUARE TRAMITE CASSA ECONOMALE
DI BENI SANITARI**

Richiesta Prot. N. _____ del _____

P.O. Garibaldi Centro

P.O. Garibaldi Nesima

U.O. S/D/C di _____

Centro di Costo: _____

Referente per la richiesta ai fini di ulteriori richieste tecniche

Nome e Cognome:

Telefono:

Mail:

Quantità Richiesta	Descrizione Prodotto (Denominazione e caratteristiche identificative)

Motivazione della richiesta:

**Il Richiedente
Dell'U.O.**

(firma e timbro leggibile)

si attesta che il/ i bene/i richiesto/i non sono disponibili presso i magazzini aziendali e/o oggetto di procedura di gara attive al momento attive presso questa Azienda

AUTORIZZAZIONE DEL RESPONSABILE DELL'UO FARMACIA	<input type="checkbox"/> FAVOREVOLE
	<input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE
	Firma del Responsabile dell'UO Farmacia

AUTORIZZAZIONE DEL DIRETTORE DELL'UOC PROVVEDITORATO ED ECONOMATO	<input type="checkbox"/> FAVOREVOLE
	<input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE
	Firma e timbro del Direttore dell'UOC Provveditorato ed Economato