“Allegato 1”

AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE “GARIBALDI” – CATANIA

Dipartimento delle Chirurgie
Farmacia delle Sale Operatorie
Responsabile Dott.ssa Cecilia Testa

REPARTO: _____
RIF. INTERVENTO: _____
DATA: _____
PAZIENTE: _____

CODICE FORNITORE	PZ	PRODOTTO	CODICE FARM.	PREZZO	RESO

FIRMA