

**S.S.D. Ingegneria Clinica****Mod. SO-4.a****DESCRIZIONE: Richiesta di preventivo per manutenzione correttiva a richiesta su attrezzature sanitarie****Procedure per l'Accreditamento nella Gestione delle Tecnologie Sanitarie****Parte 4: Manutenzione Correttiva**

Richiesta n°: _____ Data: _____ Ora: _____

Trasmettere via Fax al seguente numero: 0783-779102 o via email ingegneriaclinica@asloristano.it

Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte con grafia comprensibile.

I dati con l'asterisco sono obbligatori.

Presidio *	Unità Operativa/Poliambulatorio *	Edificio - Piano - Stanza *	
N° Inventario *	Matricola *	Descrizione apparecchiatura *	
Codifica CIVAB	Ditta Manuttrice (se conosciuta)	Proprietà * (Azienda/Service/Altri)	
Persona di reparto da contattare *	Garanzia *	Urgente *	Contratto *
Telefono/Fax *			
Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto?*			
L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina?*			
Descrizione del Malfunzionamento:*			

**Referente di Struttura
Organizzativa:***

Sig. _____ Tel. _____

Il Richiedente**Parte riservata al Ricevente**