



Il meglio è nel tuo territorio

U.O.C. Fisica Sanitaria

Modulistica
RICHIESTA DI INTERVENTO DI MANUTENZIONE
CORRETTIVA SU APPARECCHIATURA
ELETTROMEDICALE

Documento: PA 07 02

Revisione n.: 3

Data: 04/07/2018

pag. 1 di 1

n° Inventario: _____

Riportare il numero presente
sull'etichetta applicata
all'apparecchiatura. Esempio:



PRESIDIO OSPEDALIERO / STRUTTURA AMBULATORIALE: _____

UNITA' OPERATIVA: _____ TEL. _____

PERSONA DI RIFERIMENTO: _____

APPARECCHIATURA SU CUI INTERVENIRE: _____

N° SERIE O MATRICOLA: _____

DESCRIZIONE DEL GUASTO: _____

ALTRÉ EVENTUALI NOTE: _____

DATA: ____ / ____ / ____ IL RICHIEDENTE: _____
(in stampatello)

ORA: _____ TIMBRO E FIRMA: _____
(del richiedente)

FAX ASSISTENZA

linea interna **29938**

linea esterna **0861/217492**

TEL. ASSISTENZA

linea interna **29946**

linea esterna **0861/429946**

Riservato all'ATI
Hospital Consulting S.p.a. - G.S.



Numero richiesta