|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti**  **U.O.C. INGEGNERIA CLINICA** | **MRSIC04**  Ed. 0 del 31/01/2011  Rev. 2 del 02/09/2019 |
| **RTI HOSPITAL CONSULTING S.p.A. – SIEMENS S.p.a. – MARIFARMA FM S.r.l.**  **CALL CENTER UNICO**  **Telefono: 0871.450010 - Fax: 0871.450012**  **Email: sic.chieti@hospital-consulting.it** |
| **RICHIESTA DI INTERVENTO TECNICO** | Pag. 1 di 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Eventuale Protocollo interno U.O.: | | | | | Data Richiesta: / / | | | | |
| Presidio Ospedaliero di: | | | | | Unità Operativa: | | | | |
| Distretto Sanitario di Base di: | | | | | Ambulatorio di: | | | | |
| Telefono: | | | | Fax: | | | email: | | |
| Tipo di apparecchiatura o strumento: | | | | | | | | | |
| Marca: | | | | | | Modello: | | | |
| N. serie: | | | | | | N. inventario IC: AEM | | | |
| Difetto evidenziato dal personale utilizzatore: | | | | | | | | | |
| Anomalia riscontrata da: | | | | | Funzione: | | | | |
| Note: | | | | | | | | | |
| Direttore U.O. | | nome in stampatello: | | | | | | | Firma: |
| Delegato alla firma | | nome in stampatello: | | | | | | | Firma: |
| Spazio riservato al personale SIC | | | | | | | | | |
| Data e ora presa in carico: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ : \_\_\_\_ | | | | | | | | **Richiesta n.°** | |
| App. portata in laboratorio: |  SI’    NO | | Nome in stampatello personale SIC:  Firma personale SIC: | | | | | | |

Consegnare presso gli uffici del SIC in doppia copia.

Una copia sarà poi restituita firmata al richiedente ASL dal personale SIC con data e ora di consegna come ricevuta della richiesta.

Nel caso di invio tramite fax farà fede la data e l’ora di ricezione riportata nell’intestazione di trasmissione.