|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti****U.O.C. INGEGNERIA CLINICA** | **MRSIC04**Ed. 0 del 31/01/2011Rev. 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.