



Servizio Sanitario Nazionale  
Regione Marche  
Azienda Ospedaliera  
**Ospedali Riuniti Marche Nord**  
**UOC Cardiologia**  
Po di \_\_\_\_\_

## MODULO IMPIANTO DEFIBRILLATORE

Prot. n. \_\_\_\_\_

Pesaro, lì \_\_\_\_\_

Spett.le Società \_\_\_\_\_

E p.c. Farmacia Interna – fax: \_\_\_\_\_

### **Oggetto: impianto defibrillatore.**

Con riferimento al contratto sottoscritto con codesta Spett.le Società in data \_\_\_\_\_ ed ai sensi di quanto previsto dall'art. 4.3 del capitolato speciale con la presente si richiede per il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ la consegna presso la UOC Cardiologia del PO di \_\_\_\_\_ di n. \_\_\_\_\_ defibrillatore mod. \_\_\_\_\_ (unitamente alla bolla di consegna in conto/deposito).

*Il Dirigente Medico della UOC Cardiologia*  
*Dr. \_\_\_\_\_*