



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
Arcispedale S. Maria Nuova

Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Ingegneria Clinica

Dr. Paolo Bottazzi - **Direttore**

Allegato 2

Reggio Emilia, li .. / .. / ..

(app_vis_ritiro_11)

Al Direttore del
Servizio Ingegneria Clinica
SEDE

Modulo di ritiro di apparecchiatura biomedica fornita a titolo di visione/prova

Si comunica che in data .. / .. / .. il Sig. per conto della Ditta
..... ha ritirato l'apparecchiatura
....., prodotta da Mod.
....., S/N, già consegnata in data .. / .. / .. al Dr.
....., Responsabile della Struttura
a titolo di: VISIONE PROVA .

Contestualmente al ritiro dell'apparecchiatura, è stato restituito anche il manuale d'uso della stessa.

Per la Ditta Fornitrice

Il Responsabile della Struttura
