

**AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA "FEDERICO II"  
UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI**

**Alla Direzione Sanitaria P.O. ALPI**

p.c. Alla UOC Farmacia Centralizzata

FAX N.081-7463452 TEL 7463850 Mail: farmacia.centralizzata@unina.it

**DATA.....**

**RICHIESTA N.....**

**RICHESTA DI ACQUISTO DI DISPOSITIVI MEDICI E/O ODONTOIATRICI PER  
ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE (ALPI)**

**Dipartimento di** \_\_\_\_\_

**Prof\Dott.** \_\_\_\_\_

**Recapito telefonico** \_\_\_\_\_

**Indirizzo mail** \_\_\_\_\_

<b>Codice AREAS*</b>	<b>Descrizione Prodotto</b>	<b>Quantità</b>	<b>Ditta Fornitrice**</b>	<b>Prezzo**</b>	<b>Aliquota IVA**</b>

\* Se non disponibile sarà compilato a cura della UOC di Farmacia

\*\* Da compilare a cura della UOC di Farmacia

**Luogo in cui dovrà essere consegnata la merce:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma e timbro del Prof/Dott Richiedente

**Il documento di trasporto DEVE essere consegnato alla PO ALPI entro e non oltre 5gg a far data della ricezione della merce, previa verifica ed attestazione da parte del richiedente di "merce conforme a quanto richiesto per quantità e qualità"**