Regione Piemonte
AZIENDA SANITARIA LOCALE CN2
VIA VIDA N. 10
12051 ALBA (CN)
C.F./Partita I.V.A. n.: 02419170044

DATA _____

Spett.le
SERV. FARMACIA OSPEDALIERA
SEDE DI _____

REPARTO/SERV. _____

CODICE _____

MODULO DI RESO MATERIALE E FARMACI

CODICE	DESCRIZIONE	QUANTITA' RESA	SCADENZA

LA CAPO SALA/DIRIG. MEDICO
_____

- **n.b. Il presente modulo dovrà essere obbligatoriamente vistato dalla Capo Sala o Dirig. Medico**