



ASL PESCARA
U.O.C. GESTIONE APPROVVIGIONAMENTI BENI E SERVIZI

RICHIESTA DI SERVIZI AZIENDALI

Data ricezione ____ / ____ / ____

DATI RICHIEDENTE

Struttura richiedente: _____

Referente Richiesta : _____ Mail: _____ Tel. _____

DENOMINAZIONE SERVIZIO

Denominazione Servizio: _____

TIPOLOGIA SERVIZIO

Breve descrizione sulla tipologia del servizio richiesto, specificando le esigenze, fabbisogni e durata.

MOTIVAZIONI DELLA RICHIESTA

Rinnovo Servizio *specificare data scadenza attuale servizio:* ____ / ____ / ____

Nominativo attuale DEC servizio : _____

Integrazione/Completamento Servizio

Nuovo Servizio

COSTO INDICATIVO

Costo approssimativo ANNUALE DEL SERVIZIO : € _____ (IVA esclusa)

Costo approssimativo TOTALE (anni ____) DEL SERVIZIO: € _____ (IVA esclusa)

Si allega CAPITOLATO

Il Direttore dell'U.O. richiedente

Nominativo in stampatello: _____

Timbro e Firma: _____

Data: ____ / ____ / ____

Il Direttore di Dipartimento

Nominativo in stampatello: _____

Timbro e Firma: _____

Data: ____ / ____ / ____