



AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA

U.O.C SISTEMI INFORMATIVI

Via R. Paolini, 45 – 65124 Pescara

MODULO RICHIESTA APPARECCHIATURE INFORMATICHE

(la presente richiesta va inviata all'indirizzo di posta elettronica helpdesk@asl.pe.it)

Struttura richiedente *

Dipartimento/UOC _____

Sede _____

Centro di costo _____

Responsabile di Struttura _____

Referente da contattare _____

Recapito Telefonico _____ Email: _____

Apparecchiature richieste *

QT.	Descrizione

Finalità della richiesta e sede di installazione *

Eventuali apparecchiature da ritirare

QT.	Descrizione	N. Inventario

Eventuali fondi finalizzati all'acquisto: _____

Pescara, _____

Firma del richiedente: _____ Firma del Responsabile della Struttura: _____

* campi necessari per la valutazione della richiesta.