



U.O.C. FARMACIA OSPEDALIERA  
ASL di PESCARA

Prot. N. \_\_\_\_\_

Pescara, \_\_\_\_\_

**RICHIESTA DI ACQUISTO DI DM AD ALTO COSTO:** \_\_\_\_\_

Data presunta intervento	_____
Descrizione sintetica dei motivi che giustificano l'acquisto	_____ _____ _____ _____
Giacenza attuale	N. _____ lotto _____ scad _____ N. _____ lotto _____ scad _____ N. _____ lotto _____ scad _____
Timbro e firma del medico richiedente	_____