



Prot. N. _____

Pescara, _____

RICHIESTA DI REINTEGRO DI DM IN CONTO DEPOSITO

Dati anagrafici del paziente	nome _____ cognome _____ data di nascita _____
Data intervento effettuato	_____
Etichette adesive originali dei DM utilizzati comprensivi di REF e lotto	<div style="border: 2px solid black; border-radius: 15px; width: 150px; height: 60px; margin: 0 auto;"></div> lotto _____ scad _____
Etichette adesive originali dei DM utilizzati comprensivi di REF e lotto	<div style="border: 2px solid black; border-radius: 15px; width: 150px; height: 60px; margin: 0 auto;"></div> lotto _____ scad _____
Etichette adesive originali dei DM utilizzati comprensivi di REF e lotto	<div style="border: 2px solid black; border-radius: 15px; width: 150px; height: 60px; margin: 0 auto;"></div> lotto _____ scad _____
Etichette adesive originali dei DM utilizzati comprensivi di REF e lotto	<div style="border: 2px solid black; border-radius: 15px; width: 150px; height: 60px; margin: 0 auto;"></div> lotto _____ scad _____
Timbro e firma del medico richiedente	_____

Allegare:

1. Copia del Registro Operatorio relativa al singolo intervento con data intervento, timbro e firma per esteso del medico;
2. DDT relativo alla consegna dei singoli DM impiantati.