
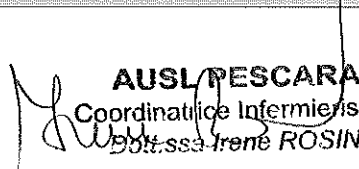
	<b>BIOMECC s.r.l.</b> Via Dei Berio 71/73 00155 ROMA Tel. 06 22772279 Cell. 3464001680 C.F./P.IVA: 10456851004 <u>assistenza@biomeccsrl.it</u>	<b>Rapporto di intervento</b>	RP/0042/24
		Data intervento	07/03/2024
		Ordine di lavoro	WO/0058/24
Tipologia intervento		C/RIPARAZIONE SONDA	
Modalità intervento		FUORI GARANZIA	

CLIENTE/SEDE INTERVENTO			
<b>Ragione sociale</b>	<b>AUSL PESCARA</b>		
<b>Indirizzo</b>	Via Renato Paolini, 47	<b>Città</b>	6512x Pescara (PE)
<b>Sede intervento</b>	BIOMECC SERVICE		
<b>Telefono</b>		<b>Email</b>	

APPARECCHIATURA			
<b>Marca</b>	<b>Modello</b>	<b>Codice Articolo</b>	<b>Matricola</b>
SAMSUNG	LA3-22AI	USP-L03MF2A/WR	K0YSM3GW700023W
<b>Motivo intervento</b>	GUAINA SONDA LESIONATA		
<b>Lavoro eseguito</b>	SOSTITUZIONE GUAINA CAVO RINNOVO RIVESTIMENTO TEST E CONTROLLI DISINFEZIONE SONDA		

L'intervento è	CHIUSO
----------------	--------

<b>Firma Tecnico</b> (Admin Assistance)	<b>Firma del cliente</b>
	0  <b>AUSL PESCARA</b> Coordinatrice Infermieristica Dott.ssa Irene ROSINI

**BIOMECS SRL**

Via dei Berio 71-73  
 00155 Roma (RM)  
 C.F./P.IVA 10456851004  
 Reg. imprese 10456851004  
 Sito web: www.biomecsrl.it  
 Cap. Sociale € 50.000,00 i.v.  
 Pec: biomecsrl@pec.it  
 e-mail: info@biomecsrl.it  
 Tel.0622772279 / 3394825167  
 Fax 0692943381

**DOCUMENTO DI TRASPORTO**

SPETT.LE  
 A.S.L. PESCARA  
 Via Renato Paolini 45  
 65124 Pescara PE

COD.CLIEN 150	ZONA	PORTO PORTO FRANCO	VALUTA Euro	NUMERO BOLLA 148	DATA BOLLA 07/03/2024	PAG. 1
------------------	------	-----------------------	----------------	---------------------	--------------------------	-----------

CODICE E DESCRIZIONE PAGAMENTO 21 BB 60 GG D.F. CC DEDICATO	PARTITA IVA 01397530682	CODICE FISCALE 01397530682
--	----------------------------	-------------------------------

CODICE	DESCRIZIONE	U.M.	QUANTITA' IN CIFRE	QUANT. IN LETTERE*
USP-L03MF2A/WR	Rif.Vs.Doc. 1765/000 del 04/12/2023 Sonda Lineare LA3-22AI Multifrequenza da 3 a 22 MHz Serial Num.: K0YSM3GW700023W	nr	1	

N.COLLI	PESO	ASPETTO ESTERIORE BENI	CAUSALE DEL TRASPORTO Reso Bene Rip C	TRASPORTO A CURA DEL MITTENTE
---------	------	------------------------	--	----------------------------------

INIZIO DEL TRASPORTO O CONSEGNA DATA 08/03/2024 ORA 09.00	FIRMA DEL CONDUCENTE	FIRMA DEL DESTINATARIO AUSL PESCARA Coordinatrice Infermieristica Dott.ssa Irene ROSINI
--	----------------------	--

DESTINATARIO DELLA MERCE (SE DIVERSO DALL'INTESTATARIO)

V E T T O R E	DITTA	RESIDENZA O DOMICILIO	DATA E ORA RITIRO	FIRMA DEL VETTORE
---------------------------------	-------	-----------------------	-------------------	-------------------

Ai sensi del D.lgs. 196/2003 Vi informiamo che i Vs. dati saranno utilizzati esclusivamente per fini connessi ai rapporti commerciali tra noi in essere.  
 Contributo CONAI assolto ove dovuto - Vi preghiamo di controllare i Vs. dati anagrafici, la P.IVA e il Cod. Fiscale. Non ci riteniamo responsabili di eventuali errori.