



Azienda sanitaria Provinciale Enna

RICHIESTA / CONSEGNA / RESO VACCINI

Rev. 0.0

20/01/2022

Pagina 1 di 1

DA INVIARE FIRMATO A FARMACIE.VACCINI@ASP.ENNA.IT.

MEDICO RICHIEDENTE _____

Data / / si richiedono i seguenti vaccini per il periodo (max 15 giorni) _____

Nome vaccino	N° flaconcini	Numero prenotati	I dose	II dose	III dose

VACCINI E DISPOSITIVI MEDICI CONSEGNA TI

Nome vaccino	N° flaconcini	Targatura	Lotto	Scadenza	Valide fino al (2°C – 8°C)

PRODOTTO CONSEGNA TO	NUMERO PEZZI	PRODOTTO CONSEGNA TO	NUMERO PEZZI
Siringhe 3 ml		Sol. Fis. 0,9% 2 ml	
Aghi 21 G			
Siringhe 1 ml			
Aghi 25 G			

Nome, Cognome e Firma di chi consegna _____

Firma addetto al trasporto _____

In data / / alle ore _____ si accettano i vaccini sopra specificati

Temperatura rilevata all'arrivo T° C: _____

Nome, Cognome e Firma di chi riceve _____

RESTITUZIONE FIALE NON UTILIZZATE (entro 15 giorni dalla data di fine validità)

N° flaconcini riconsegnati	Lotto	Scadenza	Valide fino al (2°C – 8°C)

Nome, Cognome e Firma di chi consegna _____

Nome, Cognome e Firma di chi riceve _____

SI PREGA DI RESTITUIRE ANCHE I FLACONI DI VACCINO UTILIZZATI VUOTI