



**Azienda sanitaria Provinciale
Enna**

AVVENUTO IMPIANTO

Rev.0.0

29/12/2021

Pagina 1 di 1

UOC: _____

Alla UOC Farmacia Ospedaliera P.O. _____

OGGETTO: COMUNICAZIONE AVVENUTO IMPIANTO DI DISPOSITIVI MEDICI

Io sottoscritto _____ dichiaro che:

in data _____ sono stati impiantati i seguenti D.M. al paziente (iniziali)

_____ numero cartella clinica _____

tipologia intervento _____

DITTA:
Codice prodotto:
DITTA:
Codice prodotto:
DITTA:
Codice prodotto:

DITTA:
Codice prodotto:
DITTA:
Codice prodotto:
DITTA:
Codice prodotto:

Timbro e Firma
