

e-mail: [innovazionitecnologiche@asmbasilicata.it](mailto:innovazionitecnologiche@asmbasilicata.it)

## RICHIESTA DI INTERVENTO TECNICO APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI

Dispositivo:	Marca:
Modello:	S/N:
N° inv.:	Note:
Difetto riscontrato:	
Presidio:	Reparto:
Piano:	Stanza:
Orari di accesso:	
Referente:	Telefono:
email:	