SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA

azienda sanitaria locale
matera

Attestazione di utilizzo e corretta manutenzione apparecchiature

U.O./U U.O.C. _____

Si certifica che le apparecchiature:

CLASSE:
MARCA:
NUMERO DI SERIE:
INVENTARIO:
MOD. DI POSSESSO: □ Acquisto □ Donazione □ Visione □ Service □ Altro _____

in uso presso Questa U.O. sono state utilizzate e correttamente manutenute durante il periodo _____.

Il direttore dell'UO