



## RICHIESTA DI NUOVO INSERIMENTO

## STOMIA / CATETERE / SACCA

SEDE TERRITORIALE ASST RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

Spett.le UOC Servizio Farmaceutico  
Territoriale - ATS Insubria[Servizio.farmaceutico@ats-insubria.it](mailto:Servizio.farmaceutico@ats-insubria.it)

CODICE FISCALE DEL PAZIENTE *	RESIDENZA ANAGRAFICA	OPERATORE DI RIFERIMENTO
COD ISO	DESCRIZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO	CODICE PARAF *
NUMERO INTERNO DITTA (NUMERO REF.) *	DITTA *	EVENTUALI ALLEGATI ALLA PRESENTE - N. PAGINE
<b>È stata eseguita verifica della presenza del prodotto nel paniere webcare*</b> <b>SI            NO</b>		
MOTIVATAZIONE DELLA RICHIESTA *		
DATA	Firma del Responsabile della Sede Territoriale ASST* _____	

**\*CAMPI OBBLIGATORI**