



Dipartimento Materno Infantile
U.O. FPR



Azienda USL

U.O. FARMACEUTICA OSPEDALIERA

RICHIESTA DI BOMBOLE

- Reparto/Servizio* _____ CdC _____
 RSA _____ CdC _____
 Casa Protetta _____ CdC _____
 Altri _____ CdC _____

- RIMINI RICCIONE
 S.ARCANGELO CATTOLICA

- MATRICOLA* _____
 LOTTO _____
 M₃ _____

- O₂ (OSSIGENO) a.t.m. N° _____ Bombola Lt. _____
 CO₂ (anidride carbonica) N° _____ Bombola Kg. _____
 N₂O (protossido di azoto) N° _____ Bombola Kg. _____
 ARIA A.T.M. N° _____ Bombola Lt. _____
 AZOTO LIQUIDO N° _____ Bombola Lt. _____
 MISCELE ATM TIPO _____ Bombola Lt. _____
 VARIE _____ Bombola Lt. _____

Data / /

Firma Caposala _____

Firma Ricevente _____

L'addetto della Farmacia _____