

RICHIESTA INTEGRATORI ALIMENTARI PER OS - MODULO PER STRUTTURE RESIDENZIALI

Il/La sottoscritto/a _____

in qualità di: Medico
 Infermiere
 Logopedista

operante presso la struttura: _____ n° Tel _____

richiede per i sig.ri:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

La seguente fornitura di integratori nutrizionali:

- | | | |
|--------------------------|--|----------|
| <input type="checkbox"/> | Addensante istantaneo in polvere barattolo 225 g - AM PLUS | n° _____ |
| <input type="checkbox"/> | Integratore a consistenza cremosa vasetto 125 g - MERITENE CREME | n° _____ |
| <input type="checkbox"/> | Gelificante in polvere busta 3,5 g - GEL UP AQUA | n° _____ |
| <input type="checkbox"/> | Integratore in polvere a base di proteine barattolo 400 g - RESOURCE PROTEIN | n° _____ |
| <input type="checkbox"/> | Integratore in polvere vitaminico minerale iperproteico barattolo 270 g - MERITENE PROTEIN | n° _____ |
| <input type="checkbox"/> | Integratore liquido ipercalorico iperproteico flac 125 ml - FORTIMEL COMPACT PROTEIN | n° _____ |
| <input type="checkbox"/> | Integratore liquido ipercalorico flac 125 ml - NUTRIDRINK COMPACT | n° _____ |
| <input type="checkbox"/> | _____ | n° _____ |

Durata della fornitura: _____ giorni

Data, _____

Firma _____

NOTE:

- La richiesta deve giungere direttamente alla S.C. Farmacia (n° 0165-543242), anche tramite posta interna o FAX (n° 0165-543279);
- La consegna della fornitura avverrà direttamente presso la Struttura richiedente tramite il Servizio Logistica dell'AUSL, nei giorni e secondo calendario predisposti.