

Modulo 1
Per operatori ospedalieri

Il/La _____ sottoscritto/a _____
in qualità di ☐ Medico ospedaliero ☐ Dietista ☐ Logopedista
il/la _____ sig/sig.ra : _____

richiede per il/la sig/sig.ra _____
nato/a il _____
Residente a _____
Telefono _____

La fornitura per n. _____ giorni dei seguenti integratori nutrizionali orali

☐	Addensante in polvere per alimenti 300 g (NUTILIS POWDER)	n° _____
☐	Gelificante in polvere per liquidi 240 g (GEL'CLEAR) - GUSTO NEUTRO	n° _____
☐	Gelificante in polvere per liquidi 760 g (HYDRA CLEAR) - GUSTO ARANCIA	n° _____
☐	Integratore in polvere vitaminico minerale iperproteico 270 g (MERITENE CIOCCOLATO)	n° _____
☐	Integratore in polvere vitaminico minerale iperproteico 335 g (FORTIMEL NEUTRO)	n° _____
☐	Integratore in polvere a base di proteine (90G/100G) 300 g (RESOURCE WHEY PROTEIN)	n° _____
☐	Integratore liquido ipercalorico 200 ml (NUTRIDRYNK)	n° _____
☐	Integratore liquido ipercalorico iperproteico 200 ml (RESOURCE HP/HC)	n° _____
☐	Integratore liquido Ipercalorico iperproteico compatto (FORTIMEL COMPACT)	n° _____
☐	Crema ipercalorica iperproteica 125 g (CREMELINE SL)	n° _____
☐	_____ (*)	n° _____

☐ RITIRO PRESSO LA FARMACIA OSPEDALIERA

☐ DA INVIARE PRESSO _____

Data _____

Firma _____

NOTE:

(*) Limitatamente ai prodotti aggiudicati in gara

La richiesta deve giungere alla S.C. Farmacia (tel. 0165 543242) tramite mail (farmacia@ausl.vda.it)

Il ritiro della fornitura può essere effettuato presso l'**Area multifunzionale** (Viale Ginevra 1, piano -1), nei seguenti giorni: **dal lunedì al venerdì dalle h. 10.00 alle h. 14.00**