

Modulo richiesta ONS - AREA TERRITORIALE

Il/La sottoscritto/a _____

in qualità di

Medico

Logopedista

richiede per

Nome e Cognome _____

Data di nascita _____

Residenza _____

Telefono _____

La fornitura per n.

giorni dei seguenti integratori nutrizionali orali:

<input type="checkbox"/>	Addensante in polvere per alimenti 225 g (AM PLUS)	n° _____
<input type="checkbox"/>	Gelificante in polvere per liquidi 250 g (AM PLUS CLEAR) - GUSTO ARANCIA	n° _____
<input type="checkbox"/>	Gelificante in polvere per liquidi 250 g (AM PLUS CLEAR) - GUSTO NEUTRO	n° _____
<input type="checkbox"/>	Integratore in polvere vitaminico minerale iperproteico 270 g (MERITENE CIOCCOLATO)	n° _____
<input type="checkbox"/>	Integratore in polvere a base di proteine (90G/100G) 500 g (ULK INSTANT iperproteico)	n° _____
<input type="checkbox"/>	Integratore liquido ipercalorico 200 ml (RESOURCE ENERGY)	n° _____
<input type="checkbox"/>	Integratore liquido ipercalorico iperproteico 200 ml (RESOURCE HP/HC 320kcal)	n° _____
<input type="checkbox"/>	Integratore liquido ipercalorico iperproteico 200 ml (HYPERDRINK 400 kcal)	n° _____
<input type="checkbox"/>	Integratore liquido ipercalorico iperproteico per diabetici 200 ml (RESOURCE DIABET PLUS)	n° _____
<input type="checkbox"/>	Crema ipercalorica iperproteica 125 g (MERITENE CREME)	n° _____
<input type="checkbox"/>	Crema ipercalorica iperproteica per diabetici 125 g (RESOURCE DIABET CREME)	n° _____
<input type="checkbox"/>	_____	n° _____

Modalità ritiro fornitura:

RITIRO PRESSO LA FARMACIA OSPEDALIERA _____

DA INVIARE PRESSO: _____

Data _____

Firma _____

NOTE:

La richiesta deve giungere direttamente alla S.C. Farmacia (tel. 0165 543242), preferibilmente tramite mail (farmacia@ausl.vda.it) o fax (n° 0165 543279).
Il ritiro della fornitura può essere effettuato presso l'Area multifunzionale (Viale Ginevra 1, piano -1), nei seguenti giorni: LUNEDI, MARTEDI e GIOVEDI dalle h. 11.00 alle h. 15.00, oppure presso una struttura territoriale della Azienda USL.