



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
AGRIGENTO**

UOC SERVIZIO TECNICO
Area Servizi – Gestione Utenze
Tel 0922/407287 – 0922/407417

**UFFICIO DEL RUP - SERVIZIO INTEGRATO
DI GESTIONE E MANUTENZIONE DELLE
APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI.**

Prot. n. _____ del _____ (1)

Alla ditta Polygon S.p.A.
Mail: ag003@polygon.eu

Fax Lab. Agrigento: 0922591017
0922442325

Fax Lab. Sciacca: 0925962641 (2)

**RICHIESTA INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE APPARECCHIATURE
ELETTROMEDICALI A.S.P.**

P.O. _____ / D.S.B. _____ / Poliambulatorio
_____ / Guardia Medica di _____

Unità Operativa/Servizio/Ufficio _____

Direttore U.O./ Responsabile _____

Tel _____ Fax _____

Descrizione dell' apparecchiatura _____

Modello _____ Matricola _____

Difetto riscontrato _____

Personale da contattare _____

Recapiti telefonici Tel _____ Fax _____

Cellulare _____

Altro _____

Data _____

Il richiedente

(1) Il protocollo è obbligatorio

(2) Utilizzare uno dei succitati recapiti. I numeri di fax in base alla collocazione dell'U.O. richiedente