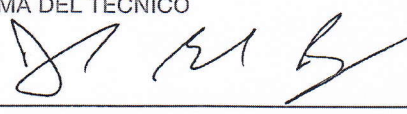
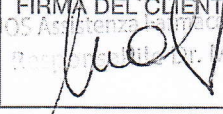


CLIENTE P.O. SDA CAMILLO DELEMUS INDIRIZZO RIESI  
 REPARTO/CENTRALE Blocco OPERATORIO  
 TIPO DI INTERVENTO: FABBRICAZIONE  MANUTENZIONE PREVENTIVA  MANUTENZIONE SU ROTTURA   
 DELEGATO DEL CLIENTE .....

DESCRIZIONE DELLE OPERAZIONI ESEGUITE	Ore Lavorate*			MATERIALI INSTALLATI			
	O	S	F/N	CODICE	Q.TA	DESCRIZIONE	LOTTO O N. MATRICOLA
ESEGUITE ADALISI DEI GAS MEDICINALI SECONDO Ph. EUR DEI SEGUENTI PUNTI:							
- RECOVERY ROOM - QUANTO DE RIDUZIONE (1 PUNTO O <sub>2</sub> , 1 PUNTO ARIA, 1 PUNTO N <sub>2</sub> O)							
- SALA RECOVERY ROOM - POSTO LETTO 2 (1 PUNTO O <sub>2</sub> , 1 PUNTO ARIA)							
TOTALE PUNTI ADALISI: (5)							

Contatore 1: ..... Contatore 2: ..... Contatore 3: .....

INIZIO ORE ..... TERMINE ORE ..... VIAGGIO ORE ..... PERCORSO KM ..... VARIE .....	FIRMA DEL TECNICO 	FIRMA DEL CLIENTE  105 Assistenza Ospedaliera Michele CONTI
	IDENTIFICAZIONE OPERATORE: NOME E COGNOME <u>Pierluigi De Fece</u> SALDATORE <input type="checkbox"/> MANUTENTORE <input type="checkbox"/> AIUTANTE <input type="checkbox"/> TECNICO SPECIALIZZATO <input checked="" type="checkbox"/> ALT. QUALIFICATO <input type="checkbox"/>	

OGGETTO/GUASTO .....	DA ADDEBITARE SU:
CAUSE GUASTO .....	N° ORDINE: .....
ATTIVITÀ .....	

\*NOTA: O = ordinarie S = straordinarie F/N = festivo/notturno

Numero Verde 24h  
**800-442443**

1 - COPIA PER IL CLIENTE