REGISTRO CARICO E SCARICO BOMBOLE GAS MEDICALI

PRESIDIO OSPEDALIERO DI…….**U.O. di**…….

N°	DATA	Carico	Scarico	Tipologia Gas	Capacità in litri	Verifiche di legge		Firma
						Punzonatura	Colore ogiva	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								