

Data della richiesta _____ Data programmata per l' Intervento _____

<input type="checkbox"/> Uso Scorta (non compilare i dati relativi al paziente)	<input type="checkbox"/> richiesta per paziente
---	---

Ospedale/casa di cura:	Reparto/U.O
	<input type="checkbox"/> Libera professione

DATI DEL PAZIENTE (scrivere in stampatello)

Cognome e Nome:	Data di nascita:
Codice Fiscale:	
Diagnosi:	
Tipologia Intervento:	

TIPOLOGIA DI TESSUTO RICHIESTO

Descrizione	Misure	Codice	Quantità richiesta

DATI DI CONSEGNA Il tessuto dovrà essere consegnato a

Descrizione Struttura/Reparto:		
Indirizzo:	Città	CAP
e-mail:	Telefono	
Persona di riferimento nome e cognome		
FASCIA ORARIA DI CONSEGNA RICHIESTA		

DATI AMMINISTRATIVI la fattura dovrà essere inviata a

IMPORTANTE: In mancanza della comunicazione dei dati fiscali, la fattura sarà automaticamente addebitata alla Casa di Cura o Ospedale richiedente.

Ragione sociale	TELEFONO
indirizzo	
Città	CAP
Partita Iva /Codice Fiscale	
Autorizzazione Direzione Sanitaria /Farmacia Timbro e Firma	Timbro E Firma Medico Richiedente

INVIARE LA RICHIESTA COMPILATA AL SEGUENTE INDIRIZZO E-MAIL :

bancaosso@aou-careggi.toscana.it o al numero fax virtuale 055/7949520

IL TESSUTO UNA VOLTA CONSEGNATO NON POTRÀ ESSERE RESTITUITO ALLA BANCA A GARANZIA DELLA SICUREZZA DEL PAZIENTE

La struttura richiedente autocertifica di aver ottenuto l'autorizzazione dalla Banca della propria Regione o, se questa non è presente, dal Centro Regionale Di Riferimento, a rivolgersi alla Banca Del Tessuto Osseo di Firenze, come previsto dalla normativa in vigore (Conferenza Stato Regioni del 02/02/2012, DM Ministero Della Salute del 10/10/2012 e ss.mm.ii e D.Lgs 191 del 06/11/2007)