



Banca delle Cellule e del Tessuto Muscoloscheletrico
Direttore: dott. Pier Maria Fornasari

RICHIESTA DERMACELL LIFENET HEALTH DISTRIBUITO DA MD for Life s.r.l.

Si richiedono per il giorno:/..... /.....

Sbarrare, nella seguente tabella, le voci interessate e specificare la quantità

CODICE	MISURA	SPESSORE	QUANTITA'	EURO
DCELL100	<input type="checkbox"/> 2x2 cm	0,25-1,00 mm		184,00
DCELL101	<input type="checkbox"/> 4x4 cm	0,25-1,00 mm		870,00
DCELL102	<input type="checkbox"/> 5x7 cm	0,25-1,00 mm		1.831,00
DCELL103	<input type="checkbox"/> 6x7 cm	0,25-1,00 mm		2.196,00
DCELL104	<input type="checkbox"/> 4x8 cm	0,25-1,00 mm		2.509,00
DCELL200	<input type="checkbox"/> 4x12 cm	0,75-1,50 mm		2.509,00
DCELL201	<input type="checkbox"/> 6x12 cm	0,75-1,50 mm		3.312,00
DCELL202	<input type="checkbox"/> 4x16 cm	0,75-1,50 mm		3.346,00
DCELL203	<input type="checkbox"/> 5x16 cm	0,75-1,50 mm		4.517,00
DCELL204	<input type="checkbox"/> 6x16 cm	0,75-1,50 mm		4.812,00
DCELL205	<input type="checkbox"/> 8x16 cm	0,75-1,50 mm		5.396,00
DCELL250	<input type="checkbox"/> 4x12 cm	1,25-2,00 mm		2.509,00
DCELL251	<input type="checkbox"/> 6x12 cm	1,25-2,00 mm		3.613,00
DCELL252	<input type="checkbox"/> 4x16 cm	1,25-2,00 mm		3.212,00
DCELL253	<input type="checkbox"/> 5x16 cm	1,25-2,00 mm		4.516,00
DCELL254	<input type="checkbox"/> 6x16 cm	1,25-2,00 mm		4.812,00
DCELL255	<input type="checkbox"/> 8x16 cm	1,25-2,00 mm		5.396,00

per il/la paziente (cognome)**		(nome)	
nato/a il	di gruppo sanguigno	candidato/a ad intervento di	
		previsto per il giorno	
presso l'Ospedale / Casa di Cura		tel.	fax
via	CAP	città	prov.
L'importo dovuto è fatturabile al numero di partita IVA/C.F.			
AUSL / Casa di Cura		prov.	regione
CONSEGNARE A:		IL GIORNO:	ENTRO ORE:
Per la Direzione Sanitaria/Azienda (timbro e firma leggibile)		Il Medico richiedente (timbro e firma leggibile)	
<p>La richiesta, compilata in ogni sua parte, è inoltrabile via Fax al numero 051-6366137. Al fine di evitare disguidi, raccomandiamo di seguire le vostre procedure amm.ve aziendali relative agli ordini; l'emissione del buono d'ordine (per la cui corretta emissione è consigliabile rivolgersi all'ufficio amministrativo BTM tel. 051-6366036) esonera dal visto della Direzione sanitaria, altrimenti assolutamente obbligatorio. L'Istituto Ortopedico Rizzoli garantisce il trattamento dei dati in ottemperanza alla Legge 196/2003 e successive modificazioni/integrazioni.</p>			

* I tessuti sono esenti IVA (art. 10 D.P.R. 633/72) e i prezzi sono comprensivi dei costi di trasporto

**Se per scorta, segnare "SCORTA" al posto del nominativo del paziente

