

AZIENDA OSPEDALIERA S. CROCE E CARLE

PRESTAZIONI DI SERVIZI – A.M.O.S. S.C.R.L.

OGGETTO: SERVIZIO DI GESTIONE DELLE CAMERE MORTUARIE

Le prestazioni nel mese di _____

☐ sono state eseguite regolarmente, come da Convenzione;

☐ non sono state eseguite regolarmente

MOTIVI/
RECLAMI:

**Firma del Responsabile di
Struttura della Committente :**

DATA_____