

AZIENDA OSPEDALIERA S. CROCE E CARLE

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

- OGGETTO:** ☐ SERVIZIO LOGISTICO MOVIMENTAZIONE PERSONE
- ☐ SERVIZI LOGISTICI MOVIMENTAZIONE MATERIALI E BENI
- ☐ SERVIZIO FATTORINAGGIO E POSTALE

Struttura utilizzatrice: _____

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_____