

AZIENDA OSPEDALIERA S. CROCE E CARLE

RICHIESTA PRESTAZIONI SUPPLEMENTARI DI SERVIZIO – 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: _____

Come da preventivi accordi per le vie brevi e da conseguenti Ns. disposizioni organizzative, si attesta che nel mese suddetto sono state effettuate prestazioni extra alla tariffa oraria di servizio prevista dal vigente contratto, come di seguito descritto:

DATA	ORE DI SERVIZIO	MOTIVAZIONI

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

DATA_____