

RICHIESTA DISTRIBUZIONE TESSUTI

Descrizione e Tipologia Tessuto	CONGELATO	LIOFILIZZATO	Codice	Quantità
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Le richieste di distribuzione potranno essere evase solo per tessuti disponibili.

per il paziente*		nato/a il*	
affetto da			
è candidato ad intervento di			
il giorno*		Data della richiesta	

***Campo obbligatorio che se non correttamente compilato preclude l'evasione della richiesta.**

1. La struttura richiedente autocertifica di aver ottenuto l'eventuale autorizzazione dalla Banca identificata della propria Regione o, se questa non è presente, dal Centro Regionale di Riferimento, a rivolgersi a Fondazione Banca dei Tessuti del Veneto ETS per la richiesta di tessuti, come previsto dalla normativa in vigore.
2. La struttura richiedente, destinataria del tessuto, è responsabile del corretto mantenimento del tessuto, una volta ricevuto
3. In caso di non utilizzo, i tessuti ricevuti potranno essere restituiti solo dopo autorizzazione di FBTV a condizione che siano rispettate tutte le condizioni previste da FBTV per il reso. Se il tessuto restituito non risulterà idoneo o riallocabile per un successivo impianto clinico, sarà comunque addebitato alla struttura richiedente.
4. Il tariffario applicato è quello in vigore alla data della richiesta. La struttura sanitaria richiedente si impegna al rimborso del costo per il tessuto, per le spese di spedizione (urgente e non urgente) e packaging. Il pagamento deve essere effettuato con le modalità e nei tempi comunicati da FBTV.

Timbro e firma del Medico richiedente*	Timbro e firma della Direzione Sanitaria/Amministrazione*
--	---

Attenzione: In mancanza della comunicazione dei dati fiscali, la fattura sarà automaticamente addebitata alla struttura richiedente

DESTINATARIO TESSUTO* (INDICARE INDIRIZZO DI CONSEGNA)	RAGIONE SOCIALE	REPARTO	INDIRIZZO-CAP-CITTA'
	Persona di riferimento	Telefono	e-mail
INTESTAZIONE FATTURA*	RAGIONE SOCIALE	INDIRIZZO-CAP-CITTA'	COD. DESTINATARIO O PEC
	P.Iva/Cod.Fisc.	Telefono	e-mail

***Campo obbligatorio che se non correttamente compilato preclude l'evasione della richiesta**