

|                                                                                                                                                 |                                                                         |                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>REGIONE DEL VENETO</b><br><b>AZIENDA</b><br><b>Z E R O</b> | <b>MODULO</b><br><b>“RICHIESTA DI APPUNTAMENTO</b><br><b>FORNITORI”</b> | M_UOC CRAV<br>PROPONENTE_N°<br>PROGRESSIVO .N°DI<br>REVISIONE<br>(es.: M_IA_001.00) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

## RICHIESTA DI APPUNTAMENTO FORNITORI CON U.O.C. CRAV

→ Da indirizzare a [crav@azero.veneto.it](mailto:crav@azero.veneto.it)

Con la presente il sottoscritto *(nome e cognome)* \_\_\_\_\_, c.f. \_\_\_\_\_, in qualità di *(qualifica)* \_\_\_\_\_ dell'operatore economico *(ragione sociale)* \_\_\_\_\_, Part. IVA n. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

**di essere ammesso a colloquio con:**

- ☐ Direttore di UOC – Dott.ssa Sandra Zuzzi
- ☐ Dirigente Responsabile UOS Area Spesa Farmaceutica – Dott.ssa Elena Zattoni
- ☐ Dirigente Responsabile UOS Area Dispositivi Medici – Dott.ssa Valentina Orsini *(solo venerdì mattina dalle 10 alle 13)*
- ☐ Dirigente Responsabile UOS Area Servizi non sanitari, Informatica – Dott.ssa Roberta Padovan

**possibilmente nelle seguenti date e orari:**

Opzione 1 \_\_\_\_\_ Opzione 2 \_\_\_\_\_ Opzione 3 \_\_\_\_\_

### E DICHIARA

**che l'incontro richiesto avrà ad oggetto la seguente procedura:**

\* inserire (descrivere in maniera specifica la richiesta che si intende sottoporre all'Amministrazione)

\*

---



---



---



---

|                                                                                                                                               |                                                                                                            |                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>REGIONE DEL VENETO</p>  <p><b>AZIENDA<br/>Z E R O</b></p> | <p align="center"><b>MODULO</b></p> <p align="center"><b>“RICHIESTA DI APPUNTAMENTO<br/>FORNITORI”</b></p> | <p>M_UOC CRAV<br/>PROPONENTE_N°<br/>PROGRESSIVO .N°DI<br/>REVISIONE<br/>(es.: M_IA_001.00)</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|

**La tematica inerisce alla seguente merceologia:**

- |                                             |                                                  |                                      |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dispositivi Medici | <input type="checkbox"/> Farmaci                 | <input type="checkbox"/> Diagnostici |
| <input type="checkbox"/> Servizi            | <input type="checkbox"/> Attrezzature Sanitarie  |                                      |
| <input type="checkbox"/> Informatica        | <input type="checkbox"/> Arredi e beni economici |                                      |

**Riferimenti del richiedente:**

Il sottoscritto *(nome e cognome)* \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_,  
 telefono. \_\_\_\_\_, cellulare \_\_\_\_\_,  
 in qualità di *(qualifica)* \_\_\_\_\_ del medesimo operatore economico.

*(Data e luogo)*

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_