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

## 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 Valentina Orsini *(solo venerdì mattina dalle 10 alle 13)*
- ☐ Dirigente Responsabile UOS Area Spesa Farmaceutica – Dott.ssa Elena Zattoni
- ☐ 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 Z E R O</b></p>	<p align="center"><b>MODULO</b></p> <p align="center"><b>“RICHIESTA DI APPUNTAMENTO FORNITORI”</b></p>	<p>M_UOC CRAV PROPONENTE_N° PROGRESSIVO .N°DI REVISIONE (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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_