

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE AZIENDA U.S.L. FERRARA
Sede di _____

IL SOTTOSCRITTO DR. _____

chiede la fornitura di:

n. _____ dosi di vaccino per la campagna antinfluenzale 2011/2012

n. _____ dosi per vaccinazione pneumococcica

Dichiaro di essere provvisto nell'ambulatorio di idoneo frigorifero e dei presidi farmacologici utili in caso di reazioni anafilattiche.

Ferrara, _____

(Firma)