

MODULO D

Alla Regione Piemonte
Direzione Sanità

c.a. Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari

PEC: sanita@cert.regione.piemonte.it

MODIFICA O TRASFERIMENTO UDR/PDR

Il sottoscritto _____

Legale Rappresentante dell'Associazione _____

CHIEDE

l'autorizzazione all'esercizio dell'attività trasfusionale e l'accreditamento ai sensi dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano n. 197/CSR del 6/09/2023
(flaggare la voce che interessa):

- della seguente Unità di Raccolta (UdR) autorizzata e accreditata:

Denominazione UdR _____

Modificata o trasferita come segue _____

- del seguente Punto di Raccolta autorizzato e accreditato _____

affidente all'UdR _____

Denominazione PdR _____

Modificato o trasferito come segue _____

a tal fine allega

1. Appendice 2 – Parte B dell'Allegato B all'Accordo S-R n. 197/CSR del 6/09/2023

Data _____

Il Legale Rappresentante

Il Direttore tecnico
