

AREA DI STOCCAGGIO DEL MATERIALE BIOLOGICO

U.O./Ambulatorio: _____

U.O./Ambulatorio: _____

ASP AGRIGENTO

PO/DSB: _____

PO/DSB: _____

ANNO

[illegible]

AREA DI STOCCAGGIO DEL MATERIALE BIOLOGICO

U.O./Ambulatorio: _____

U.O./Ambulatorio: _____

ASP AGRIGENTO

PO/DSB: _____

PO/DSB: _____

ANNO

[illegible]