SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ARES 118

REGIONE LAZIO

Modulo anagrafica DAE

Ente/Ass.ne/Società					
Indirizzo					
Comune/Località				Cap	
Telefono			Fax		
E-mail					
Referente					
Cognome					
Nome					
Recapito Telefonico					
E-mail					
Dati Defibrillatore					
Marca					
Modello					
Matricola/S.N					
Data di Attivazione			Data Ultima Manutenzione		
Data scadenza batterie			Data scadenza piastre adesive		
Ubicazione Fissa	SI ◯	NO ◯	**se si, compilare i campi sottostanti**		
Indirizzo					
Tipologia Struttura	Scegli Tipologia Struttura				
Edificio		Piano		stanza	
Comune/Località				Cap	
Telefono			Fax		
Orario accessibilità					
Ubicazione Mobile	SI ◯	NO ◯	**se si, compilare i campi sottostanti**		
Tipologia Veicolo			N.Targa		