

ANEXO I: SOLICITUD DE TELEFONÍA

A CUMPLIMENTAR POR EL SOLICITANTE

_____ NOMBRE Y APELLIDOS:	____/____/20____ FECHA DE SOLICITUD
_____ CATEGORÍA	_____ NÚMERO DE TELÉFONO
_____ HOSPITAL	_____ CORREO CORPORATIVO
_____ SERVICIO	
CARACTERÍSTICAS SOLICITUD:	
TELEFONÍA MÓVIL: <input type="checkbox"/>	CAMBIO TECNOLÓGICO <input type="checkbox"/>
TELEFONÍA FIJA: <input type="checkbox"/>	ALTA LINEA <input type="checkbox"/> BAJA LINEA <input type="checkbox"/>
MODIFICACIÓN DE LA CATEGORÍA DE LLAMADAS <input type="checkbox"/>	
Otro: _____	

A CUMPLIMENTAR POR EL DIRECTOR/A

_____ NOMBRE Y APELLIDOS DEL DIRECTOR/A	_____ Nº TELÉFONO
JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD/INCIDENCIA: _____ _____ _____	

A CUMPLIMENTAR POR EL RESPONSABLE DE COMUNICACIONES

_____ NIVEL ASIGNACIÓN	_____ MODELO TELÉFONO	_____ PUESTO DEL SOLICITANTE	_____ Nº TELEFONO
---------------------------	--------------------------	---------------------------------	----------------------

Solicitante

Director UGC/Jefe Servicio

Director/Subdirector

Fecha: __/__/__

F. autorizado: __/__/__

F. aprobado: __/__/__

Este documento para ser tramitado debe estar cumplimentado en su totalidad.

Hospital Regional Universitario de Málaga