

Eventuale Esenzione

Cognome Nome

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INZAL) OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE

Indirizzo

INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE

Prescrizione e Diagnosi



CODICE FISCALE

CODICE FISCALE

N NON ESENTE
CODICE ESSENZA

R REDOTTO
FIRMA AUTOCERTIFICANTE

SIGLA PROVINCIA CODICE ASS

CODICE FISCALE

CICLO DI FANGHI TERAPEUTICI PER ARTROSI

PRESCRIZIONE

(Barra se non utilizzata)

NOTA CUR

NOTA CUR

S SIGG **H** RICOV **AL** ALTRO
U **B** **D** **P**
PROPRIETA DELLA PRESTAZIONE

NUMERO COPERTURE / PRESTAZIONI

TIPO DI RICETTA

GGMMAA
DATA

Timbro e Firma medico

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE

NUMERO PROGRESSIVO

IMPORTI

TELET

SALE
DR. CIVILE
ALTRO

1975 ROMA