



DISTRETTO DI _____

PRESIDIO DI _____

U.O.S. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

RIEPILOGO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE (art. 67, commi 12 e 13 - All. D – A.C.N. C.A. 23 marzo 2005)

Dott.	Cod. reg.	Mese	Anno	Foglio n.
-------	-----------	------	------	-----------

N. reg. visite	Data	Cognome e Nome	Indirizzo	Tel.	Cod. Fisc.
Diagnosi	Tipo di prestazione		Medico curante	Firma dell'assistito	Importo
N. reg. visite	Data	Cognome e Nome	Indirizzo	Tel.	Cod. Fisc.
Diagnosi	Tipo di prestazione		Medico curante	Firma dell'assistito	Importo
N. reg. visite	Data	Cognome e Nome	Indirizzo	Tel.	Cod. Fisc.
Diagnosi	Tipo di prestazione		Medico curante	Firma dell'assistito	Importo
N. reg. visite	Data	Cognome e Nome	Indirizzo	Tel.	Cod. Fisc.
Diagnosi	Tipo di prestazione		Medico curante	Firma dell'assistito	Importo
N. reg. visite	Data	Cognome e Nome	Indirizzo	Tel.	Cod. Fisc.
Diagnosi	Tipo di prestazione		Medico curante	Firma dell'assistito	Importo

N.B. – Nell'impossibilità di effettuare i propri poteri di controllo, per incompletezza e/o illeggibilità dei dati, non si potrà dar corso al pagamento.

PARTE RISERVATA AL SERVIZIO MEDICINA DI BASE	DATA – FIRMA PER ESTESO DEL MEDICO CONVENZIONATO – TIMBRO DEL SERVIZIO DI C.A.
Prestazioni convalidate n.	
Per totale €	
L'AMMINISTRATIVO	