Modulo D

Da inviare alla ASP di appartenenza entro il decimo giorno del mese successivo a quello di effettuazione delle prestazioni

DISTRETTO MESSINA NORD - U.O.S. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE
RIEPILOGO DELLE PRESTAZIONI EFFETTUATE
AI PAZIENTI NON AMBULABILI

(*Ai sensi dell'allegato G, artt. 45-53-59, ACN 23 marzo 2005 ed integrativo 29 luglio 2009****)***

Mese …….…… Anno ……..

Medico:

Cognome	Nome	Cod. reg.

Assistiti:

Cognome e nome	**Cod. fiscale**	**Numero accessi**		**Data comunicazione variazione accessi**	**Data accessi**	**Importo**
		previsti	**effettuati**			

Data …… *Timbro e Firma ……*