

COGNOME NOME

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

INDIRIZZO

INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE VENETO

EVENTUALE ESENZIONE

C O D I C E F I S C A L E

CODICE FISCALE



NON ESENTE

CODICE E SENZIONE



REDOTTO

(Vedi avvertenze sul retro)

FIRMA AUTOCERTIFICANTE

SIGLA PROVINCIA

CODICE ASL

CODICE FISCALE

12 FANGHI + 12 BAGNI TERAPEUTICI

OPPURE

12 INALAZIONI + 12 AEROSOL

PATOLOGIA

(Bastare se non utilizzate)

NOTA CUP

DATA CUP

S H ALTRO
SUGG. RICOV. ALTRO
U B D P
PREFERENZA DELLA PRESTAZIONE

PRESCRIZIONE

FACSIMILE

G G M M A A

DATA

TIMBRO E FIRMA MEDICO

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE

NUMERO PROGRESSIVO

IMPORTI

PERE

SALEN
OR. CHIAV
ALTRO

F.C.O. 5/04