

DISTRETTO DI	
--------------	--

## PRESIDIO DI

## U.O.S. ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

## SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

RIEPILOGO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE (art. 67. commi 12 e 1	13 - All. D – A.C.N. C.A. 23 marzo 2005)

	RIE	:PILO	GO DELLE PRESTAZIONI AG	GIUNTI	IVE (art. 67, commi 12	<u>: e 13 - All</u>	<u>ı. D – A.C.N</u>	N. C.A. 23 marzo 20	J05)	
Dott.		_	Co	od. reg.		Mese		Anno		Foglio n.
N. reg. visite	Data	Cogno	me e Nome		Indirizzo		Te	el.	Cod. Fisc.	
Diagnosi		1	Tipo di prestazione	Medico curante		F	Firma dell'assistito			Importo
										!
N. reg. visite	Data	Cogno	ome e Nome		Indirizzo		Te	el.	Cod. Fisc.	
Diagnosi	,		Tipo di prestazione	Medic	o curante	F	irma dell'assis	istito	1	Importo
J										
N. reg. visite	Data	Cogno	l ome e Nome		Indirizzo		Te	el	Cod. Fisc.	
11.109	Data	009	ino o rionie					J	000	ļ
Diagnosi	<u> </u>		Tipo di prestazione	Medic	o curante		Firma dell'assis	ictito	<u>l</u>	Importo
Diagnosi			TIPO di prestazione	IVICUIO	U Curante	' '	IIIIIa ucii assic	Suto		Піропо
A.C	T <sub>5</sub> .	10	<u> </u>		T. e		1 =	<del> </del>	TO 4 5'	
N. reg. visite	I. reg. visite Data Cognome e Nome		me e Nome	Indirizzo			16	Tel. Cod. Fisc.		ļ
				1		<del></del>				<del>1</del>
Diagnosi Tipo di prestazione			Tipo di prestazione	Medico curante Fi		Firma dell'assistito			Importo	
N. reg. visite	. reg. visite Data Cognome e Nome		me e Nome		Indirizzo		Te	el.	Cod. Fisc.	
Diagnosi Tipo di prestazione			Tipo di prestazione	Medic	co curante	F	irma dell'assis	sistito		Importo
									ļ	!
N.B. – Nell'i	impossibilità di effettua	re i pro	opri poteri di controllo, per incor	npletez	za e/o illeggibilità dei d	ati, non si	potrà dar c	corso al pagamento.		
			O MEDICINA DI BASE		- FIRMA PER ESTES					ERVIZIO DI C.A.
Prestazioni convalidate n.										
Per totale €										
L'AMMINISTRATIVO										