

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

Boni CARO

INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)

J 0 9 0 1 9 4 0 1 7 7 1 5 9 0 0 3



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE TOSCANA

NON ESENTE CODICE ESENZIONE REDDITO (vedi avvertenze sul retro)

FIRMA AUTOCERTIFICANTE

SIGLA PROVINCIA CODICE ASI

CODICE FISCALE

RIC - GAMMA 55 - AC. NUOVO - PLEICANI
Esente da tasse - UN - HDL - TURKIDA,

PRESCRIZIONE

0 0 8

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI

TIPO DI RICETTA

0 3 1 0 1 9

DATA

IPZS - FOGGIA

CODICE	NUMERO	CODICE	NUMERO	CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO	CODICE	NUMERO	CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO	CODICE	NUMERO	CODICE	NUMERO
CODICE	NUMERO	CODICE	NUMERO	CODICE	NUMERO

(Barrare se non utilizzate)

NOTA

NOTA

NOTA

PRIORITA' DELLA PRESTAZIONE

SUGG. RICOV. ALTRO

U B D P

Dr. EMILIA ANGELO
MED. CO. MEDICINA GENERALE
PERF. IO ECUGRAFIA
COD. FISC. 99988

DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE

NUMERO PROGRESSIVO

IMPORTI

TICKET

GALB. DR. CHIAM. ALTRO

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

Palbi CARLO

INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)

J 0 9 0 1 9 : 4 0 J 7 7 J 4 0 9 9 2



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE TOSCANA

<input checked="" type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> R	NON ESERTE		REDBITO		(vedi avvertenze sul retro)	
CODICE ESERIZIONE		FIRMA AUTOCERTIFICANTE		SIGLA PROVINCIA		CODICE ASL	

R S S C R L 6 0 N 2 9 5 8 4 3 E

CODICE FISCALE

Emaschio con formula - TSH - Na - Carb -
Potasso - Creatinina - urea - DT

PRESCRIZIONE

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI

--	--

TIPO DI RICETTA

--	--

DATA

0	3	1	0	1	9
---	---	---	---	---	---

CODICE						NUMERO		
CODICE						NUMERO		

CODICE						NUMERO		
CODICE						NUMERO		

CODICE						NUMERO		
CODICE						NUMERO		

IPZS - FOGGIA

CODICE						NUMERO		
CODICE						NUMERO		

CODICE						NUMERO		
CODICE						NUMERO		

CODICE						NUMERO		
CODICE						NUMERO		

(Barrare se non utilizzato)

<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> O
SUGG.	RICOV.	ALTRO
<input type="checkbox"/> U	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> D
P		
P		

PRIORITA DELLA PRESTAZIONE

DR. ENZA ANGELO
MEDICO MEDICINA GENERALE
PERF. ID. E. G. G. A. F. I. A.
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
Cod. Reg. 9.159988

DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE

--	--	--	--

NUMERO PROGRESSIVO

--	--	--	--	--	--

NUMERO PROGRESSIVO

--	--	--	--	--	--

REPORTI

--	--	--	--	--	--

TICKET

--	--	--	--	--	--

GALER. DIR. CHIAM. ALTRO