

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

Botusta - Luca
Noe

INDIRIZZO (OVE PREScritTO DALLA LEGGE)



09019



40209818776



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE TOSCANA

A destra Non frequentare

BTSZCH29B5000492

CODICE FISCALE

N

NON ESENTE

002

CODICE ESENZIONE

R

REDDITO

FIRMA AUTOCERTIFICANTE

SIGLA PROVINCIA

CODICE ASL

PRESCRIZIONE

Enuresi + fob
finitup
Soblerup
Cresitine

thick
AC
ASD
JGT

(Barrare se non utilizzato)

NOTA

NOTA

S

SUGG.

H

RICOV.

ALTRO

U

B

D

P

PRIORITA DELLA PRESTAZIONE

Dott. ANTONELLA SALACINO
Spec. Endocrinologia
Cod. Reg. 395657

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI

TIPO DI RICETTA

080620

DATA

Table with 2 columns: CODICE, NUMERO

Table with 2 columns: CODICE, NUMERO

Table with 2 columns: CODICE, NUMERO

Table with 2 columns: CODICE, NUMERO

Table with 2 columns: CODICE, NUMERO

Table with 2 columns: CODICE, NUMERO

DATA SPEDIZIONE / TIMERO STRUTTURA EROGANTE

NUMERO PROGRESSIVO

IMPORTI

TICKET

GALEN. DIR. FARM.

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI COME PRESCRITTO DALLA LEGGE)
Bettini-Ludovico

INDIRIZZO (OVA PER USO SOLO ALLA LEGGE)
Prato

STAMPA PC



J 0 9 0 1 9 4 0 2 0 9 8 1 8 7 8 7



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE TOSCANA

di domicilio Ma. di unipol.com
(V. avvertenza sul retro)

CODICE FISCALE
BTSLCN29D50C0442

<input checked="" type="checkbox"/> N NON ESENTI	<input type="checkbox"/> C02 CODICE ESENZIONE	<input checked="" type="checkbox"/> R REDDITO	FIRMA AUTOCERTIFICANTE	SIGLA PROVINCIA	CODICE ASL
--	---	---	------------------------	-----------------	------------

PRESCRIZIONE

*Ne
K
Cefuro
e CA*

*Ca I.P.P
Es. Unif
lyper
A. her*

(Barrare se non utilizzate)

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> S SUGG.	<input checked="" type="checkbox"/> H RICOV.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> U	<input checked="" type="checkbox"/> B	<input checked="" type="checkbox"/> D
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> P	PRIORITY DELLA PRESTAZIONE	

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI: *8*

TIPO DI RICETTA:

DATA: *08 06 20*

Dot. ANTONELLA SARACINO
Spec. Endocrinologia
Cod. Reg. 395657

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

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

DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE

NUMERO PROGRESSIVO

IMPORTI

TICKET
GALEN. DIR. CHIAM. ALTRO

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

09019

40209818765



INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO ALLA LEGGE)



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE TOSCANA

BTSLCH29D50C0442

CODICE FISCALE

N
NON ESENTE

002

CODICE ESENZIONE

R
REDDITO

(Vedi avvertenze sul retro)

FIRMA AUTOCERTIFICANTE

SIGLA PROVINCIA

CODICE ASL

(Barrare se non utilizzate)

NOTA

NOTA

S
SUGG.

H
RICOV.

ALTRO

U

B

D

P

PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE

PRESCRIZIONE

*Calprotectina fecale
R50 fec + 3 copie*

Dot. ANTONELLA SARACINO
Spec. Endocrinologia
Cod. Reg. 395657

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI

TIPO DI RICETTA

080620

DATA

CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE

NUMERO PROGRESSIVO

IMPORTI

TICKET

GALEN. DIR. CHAM. ALTRO

IPZS - FOGGIA