

* 2 Atturo
 PRESCRIZIONE DEL 25/8

PRESCRIZIONE

COGNOME E NOME DELLE ASSICURATE (O INIZIALI O PRESSIONE) DALLA LEGGE: *Antonella Saracino*
 INDIRIZZO (OVE PRESENTI) DALLA LEGGE: *Es. U.M.D. 55H*

REGIONE TOSCANA
 SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
 Azienda Neuropsichiatrica

CODICE ESENZIONE: *202*
 REDDITO: *R*
 FIRMA AUTOCERTIFICANTE: *[Signature]*

DATA: *25/06/20*
 TIPO DI RICETTA: *[]*
 NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI: *[]*

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: *[]*

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

PRIORITY DELLA PRESTAZIONE: *[]*
 SUGG. *[S]* RICOV. *[H]* ALTRO: *[]*
 NOTA: *[]*
 (Barrare se non utilizzato)

SIGLA PROVINCIA CODICE ASL: *[]*
 CODICE FISCALE: *NDRSFM46B6167020*

40209819182
 509019

STAMPA PC *[]*

