

Cognome:	Data di nascita:
NAP / località:	Via:
Assicurato n.:	

Contrassegnare ciò che fa al caso:

- L'impegnativa medica è stata da me effettuata

Data dell'impegnativa medica:	
Impegnativa medica per:	
Durata dell'impegnativa medica:	

- Sono informato/a circa il trattamento e sono d'accordo con l'assunzione dei costi.
- L'impegnativa medica **non** è stata effettuata da me.
- Non si tratta di un/a mio/a paziente.

Osservazioni:

Luogo:

Data:

Timbro/firma del medico: