



Reparto Reparto Test 1

Cognome/Nome: **TESTFSE TESTLDO**

Nata a **BOLOGNA**

il **05/11/1990**

Sesso **M**

Età **33**

Residenza , **VIA DI PROVA, 5 CAP 20100**

Codice Paziente **ITA@000000000585**

Prestazioni richieste

Codice	Prestazione	Stato	Ag
8075	Ab anti ANCA	EROGATA	*
Riga da stampare sotto la prestazione con asterisco			

Medico Dedalus Medico Dr.

Data Erogazione 13/03/24

Firma del medico _____