Ricetta di test

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

INDIRIZZO *(OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)*

03005 406136197 41

STAMPA PC

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE LOMBARDIA

CODICE FISCALE

N — NON ESENTE — CODICE ESENZIONE

R — REDDITO — *(Vedi avvertenze sul retro)* FIRMA AUTOCERTIFICANTE

SIGLA PROVINCIA — CODICE ASL

PRESCRIZIONE

(Barrare se non utilizzate)

NOTA CUF

NOTA CUF

S — SUGG. H — RICOV. ALTRO

U B D P — PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI

TIPO DI RICETTA

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

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

I.P.Z.S. - Foggia