## **OSPEDALE TEST**

## Anestesia e Rianimazione

## **TEST ACCREDITAMENTO**

Data nascita: 01/01/1970

**ID Paziente:** 123456789

## LETTERA DIMISSIONE OSPEDALIERA

| Tipo Docum | Tipo Documento: dimesso |  |  |  |  |
|------------|-------------------------|--|--|--|--|
| Referto    | Referto di Test 5       |  |  |  |  |

II medico

MEDICO DI TEST

\_\_\_\_\_