

**CENTRO RAGGI X Demo** 

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Via NAPOLI Tel./Fax.

P.IVAC.F

email:mail@test.it

**EDERLE ALESSANDRO** Cognome e Nome

Data di Nascita 11-01-65

Città di Residenza **NAPOLI** Indirizzo di Residenza VIA

06-01-23 **Data Esame Data Refertazione** 01-03-23

Quesito Diagnostico 8244-TESTO QUESITO DIAGNOSTICO

Prestazioni RX ANCA DX

88260.001 RX ANCA DX

Testo del referto

•Titolo dell'Utente Sig. Utente del Centro Responsabile di Segreteria

Cod.Fisc. DRLLSN65A11F839E

2/R/23

01234567-00.123

NRE/N°

Id.Accettazione 2 -2023/R Id.Assistito 51996 Pagina 1 Tes s.n.c. - WinSpAm - Software per la gestione della Specialistica Ambulatoriale - Ver.:10.49.00 TS 23-03-23 14:41:54