

SCHEDA DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE (PIP) E DELLE VISITE OCCASIONALI

Medico titolare _____ Cod. Reg. _____ Mese _____ Anno _____ Foglio N° _____

Giorno	Cognome e Nome Assistito	Data di Nascita	Indirizzo	Codice Fiscale e N°telefono o cellulare	Prestazione (nelle medicazioni specificare il tipo di lesione/ferita).
.....	Via Comune.....	Tel/Cell.
.....	Via Comune.....	Tel/Cell.
.....	Via Comune.....	Tel/Cell.
.....	Via Comune.....	Tel/Cell.
.....	Via Comune.....	Tel/Cell.
.....	Via Comune.....	Tel/Cell.
.....	Via Comune.....	Tel/Cell.

N.B. Inviare entro il giorno 15 del mese successivo a quello di riferimento delle prestazioni.

Le prestazioni (PIP) sopra riportate sono rispondenti a quanto previsto nella normativa vigente.

Data _____

Timbro e firma del Medico convenzionato _____

Il Dirigente Medico _____