

| | | | | |
|--|---|--|----------------------------------|-------------------|
| ASSISTITOPROVA COGNOME | ADS NOME | 01/06/2009 DATA NASCITA | DOZZA LUOGO DI NASCITA | M SESSO |
| VIA DEL SOLE, 15 INDIRIZZO DOMICILIO | IMOLA COMUNE DOMICILIO | 1111111111111 TELEFONO | 080 106 REG. USL | |
| IMOLA COMUNE RESIDENZA | SSSDSA09H01D360X CODICE FISCALE | 080 - F999015 CODICE SANITARIO | | |
| CUPREMOTO PUNTO DI PRENOTAZIONE | 23/08/2010 DATA | 000041264726 N. PRENOTAZIONE | cupremoto OPERATORE | |
| 080099905 PRESCRIVENTE | MEDICO IMOLAUNO | | | |

LISTA DELLE PRESTAZIONI

Pagina 1 di 1

| D. M. 96 | DESCRIZIONE | SPECIFICAZIONE | QUANT. |
|----------|------------------------------|----------------|--------|
| 89.7 | VISITA OTORINOLARINGOIATRICA | | 1 |

ALLEGATI:

- AVV -- CONSEGNARE MOD. INFORMATIVO - Escluso Imola
- PY1 -- CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI escluso Imola, S.Orsola, IOR e Accreditati
- PY2 -- INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE E IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI escluso Imola, S.Orsola, IOR e Accreditati

Presentarsi il **02/09/10 alle ore 10:45** progr. present. **1**
 presso: **AMBULATORIO DISTRETTUALE BORGTOSSIGNANO**
ORL DR.PIFFERI
VIA DELL'OTTAVO CENTENARIO, 4 BORGTOSSIGNANO (BO)
BORGTOSSIGNANO
 .

Si conferma l'esenzione N. _____

 DATA _____ L'ADDETTO _____