

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

Nome

A 1 2 3 4 5 6

B 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1



STAMPA PC

INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)

Codice sx

Codice dx



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Codice fiscale

Codice fiscale grid

CODICE FISCALE



NON ESENTE

Codice esenzione grid

CODICE ESENZIONE



REDDITO

(Vedi avvertenze sul retro)

FIRMA AUTOCERTIFICANTE

Sigla provincia grid

SIGLA PROVINCIA

Codice ASL grid

CODICE ASL

PRESCRIZIONE

Prescription text area

(Barrare se non utilizzate)

Nota CUF grid 1

NOTA CUF

Nota CUF grid 2

NOTA CUF

Priority of service selection grid



SUGG.



RICOV.



ALTRO



PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE

Data ricetta

Data ricetta grid

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

Data spedizione / Timbro struttura erogante grid

DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE

NUMERO PROGRESSIVO

IMPORTI

Importi grid 1

TICKET

Importi grid 2

GALEN. DIR. CHIAM. ALTRO

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI

Numero confezioni / prestazioni grid

TIPO DI RICETTA

Tipo di ricetta grid

CODICE

NUMERO

Codice and number grid 1

CODICE

NUMERO

Codice and number grid 2

CODICE

NUMERO

Codice and number grid 3

CODICE

NUMERO

Codice and number grid 4

CODICE

NUMERO

Codice and number grid 5

CODICE

NUMERO

Codice and number grid 6

CODICE

NUMERO

Codice and number grid 7

CODICE

NUMERO

Codice and number grid 8

CODICE

NUMERO

Codice and number grid 9

CODICE

NUMERO

Codice and number grid 10

CODICE

NUMERO

Codice and number grid 11

CODICE

NUMERO

Codice and number grid 12

I.P.Z.S. - ROMA