



A.S.E. Area Sanitaria Europa
V.le Europa 1 -55012 Lammari-
Tel. 0583174896 fax 05831748109

MODULO PER RICHIESTE

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Medico di riferimento _____

Data di richiesta _____

| Richiesta | note |
|-----------|------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

- 1) Le ricette saranno consegnate solo il giorno successivo alla presenza del proprio medico in ambulatorio;
- 2) E' possibile richiedere solo farmaci già in uso o concordati con il medico o indicati dallo specialista allegando copia della prescrizione;
- 3) Sarà cura delle segretarie ritirare dai pazienti SOLO fotocopie di esenzione esami, documenti o altro.

Grazie.