**Data di richiesta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 

**A.S.E. Area Sanitaria Europa**

**V.le Europa 1 -55012 Lammari-**

**Tel. 0583 174896 Fax 0583 1748109**

**MODULO PER RICHIESTE**

**MEDICINALI E/O ESAMI DIAGNOSTICI già concordati con medico**

**Cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Numero di cellulare personale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Indirizzo E-mail personale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Medico di riferimento** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **RICHIESTA** | **NOTE** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**SOLO PER FARMACI MUTUABILI** è possibile avere la ricetta

* INDICARE LA MODALITA' PREFERITA -

|  |  |
| --- | --- |
| **CARTACEA** (tramite segreteria) |  |
| Tramite **SMS** (indicare numero) |  |
| Tramite **MAIL** (indicare indirizzo) |  |

- Le ricette saranno consegnate solo il giorno successivo alla presenza del proprio medico in ambulatorio;

- E’ possibile richiedere solo farmaci già in uso o concordati con il medico o indicati dallo specialista allegando copia della prescrizione;

- Sarà cura delle segretarie ritirare dai pazienti SOLO fotocopie di esenzione esami, documenti o altro.