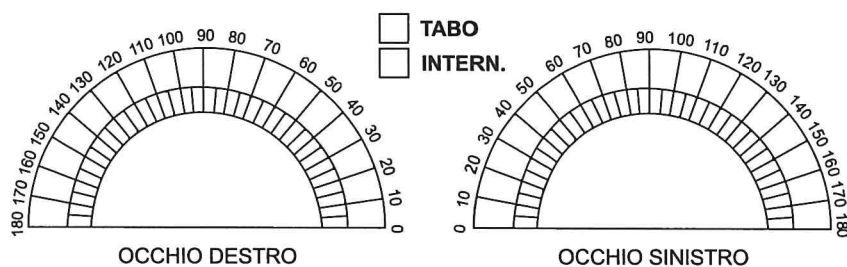


SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE
Azienda Sanitaria Locale
“Città di Torino”

Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n.94
Cod. fiscale/P.I. 11632570013
Sede legale: Via San Secondo, 29 - 10128 Torino
Tel. 011/5661566 - 011/4393111

ASSISTITO _____
(cognome e nome) data di nascita _____
FAMILIARE _____ DELL'ASSICURATO _____
generalità dell'iscritto
DOC. ISCRIZ. N. _____ RESIDENTE A _____
VIA _____ N. _____ C.A.P. _____



	Sfero	Cilindro	Asse		Sfero	Cilindro	Asse
L				L			
V				V			

Data _____ Lo Specialista _____
VISTA LA PRESCRIZIONE DELLO SPECIALISTA
SI AUTORIZZA

IL REFERENTE SANITARIO

DATA _____

DICHIARAZIONE DI CHI HA FORNITO LA PRESTAZIONE

_____ SOTTOSCRITTO _____
cognome e nome o ragione sociale indirizzo

MUNITO DI _____ LICENZA _____
ABILITAZIONE estremi titolo estremi registrazione presso l'Ufficio Comunale

DICHIARA DI AVER FORNITO IN CONFORMITÀ ALLA PRESCRIZIONE _____

_____ SIGNOR _____ CHE HA PAGATO € _____

(€ _____)

DATA _____



LIQUIDAZIONE

Per montatura € _____ Estremi del rimborso distinta N. _____ del _____
Per lenti € _____
TOTALE € _____

IL LIQUIDATORE

IL REFERENTE AMMINISTRATIVO