

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O MALATO CHE PRESCRITTO DALLA LEGGE)

INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE ABRUZZO



J 1 3 0 0 4 4 0 0 0 0 0 7 4 5 8 6

STAMPA PC

N
NON ESENTA

CODICE ESENTAZIONE

R
REDDITO

FIRMA AUTOCERTIFICANTE

(vedi avvertenze sul retro)

SIGLA PROVINCIA CODICE ASL

CODICE FISCALE

PRESCRIZIONE

FAC-SIMILE
FAC-SIMILE
FAC-SIMILE
FAC-SIMILE
FAC-SIMILE

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI

TIPO DI RICETTA

DATA

(Barra se non utilizzata)
NOTA CUF

PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE
S SUGG. RICOV. ALTRO
U B D P

TIMBRE E FIRMA DEL MEDICO

CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

NUMERO PROGRESSIVO
IMPORTI TICKET
GALEN DIR. CHIAM. ALTRO

IPZS - ROMA