

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

SUGG. RICOV. ALTRO
S (SUGG.) H (RICOV.) P (ALTRO)
PRIORITY DELLA PRESTAZIONE

TIMBRE E FIRMA DEL MEDICO

DATA SPEDIZIONE / TIMBRE STRUTTURA EROGANTE

NUMERO PROGRESSIVO
IMPORTI
TICKET
GALEN. DIR. CHIAM. ALTRO

IP Z.S. - ROMA

CODICE NUMERO
CODICE NUMERO
CODICE NUMERO

CODICE NUMERO
CODICE NUMERO
CODICE NUMERO

CODICE NUMERO
CODICE NUMERO
CODICE NUMERO

CODICE NUMERO
CODICE NUMERO
CODICE NUMERO

CODICE NUMERO
CODICE NUMERO
CODICE NUMERO

CODICE NUMERO
CODICE NUMERO
CODICE NUMERO