della Provincia di Milano n. 1

DISTRETTO DI _____

RIEPILOGO PRESTAZIONI DI PARTICOLARE IMPEGNO PROFESSIONALE: MESE DI _____

MEDICO DI MEDICINA GENERALE Dottor _____ cod. Reg. _____

n. tessera sanitaria	Cognome e nome assistito	Data prestazione o inizio ciclo	Codice o tipo prestazione	N. di prestazioni	tariffazione (riservato alla A.S.L.

RISERVATO ALLA A.S.L.

RIEPILOGO

G02 n.
G03 n.
G04 n.
G05 n.
G06 n.
G07 n.
G08 n.
G09 n.
G10 n.
G11 n.
G14 n.
G18 n.

GA1 n.
GA2 n.
GA3 n.

328 n.

Data _____

Timbro e firma del medico

VISTO – SI AUTORIZZA
IL RESPONSABILE SANITARIO
MEDICINA DI BASE