RIEPILOGO LIQUIDAZIONE COMPENSI MESE DI .....

Medico di Medicina Generale dr.....

cognome e nome assistito	cod.assistito	A.D.I	A.D.P	frequenza			data di effettuazione degli accessi																													totale acces.	variazioni
				settim.	quind.	mens.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		

data di compilazione .....

timbro e firma del Medico di Medicina Generale.....