

Impegnativa medica

Cognome/Nome	
Via/n.	
NPA/Luogo	
Data di nascita	
Assicurato n.	

L'impegnativa medica è stata effettuata da me

Data dell'impegnativa medica	
Impegnativa medica per	
Durata dell'impegnativa medica	

Sono informato/a circa il trattamento e sono d'accordo con l'assunzione dei costi

L'impegnativa medica **non** è stata effettuata da me

Non si tratta di un/a mio/a paziente

Osservazioni		
	Luogo / Data	Timbro / Firma del medico