RIEPILOGO TRIMESTRALE DELLE PRESTAZIONI EROGATE IN RELAZIONE ALLO STANDARD DI STUDIO MEDICO

Il sottoscritto Dr._____, medico di medicina generale, codice regionale N°_____, in riferimento all'Accordo Integrativo Regionale, D.G.R. 580 del 08/08/2006 (B.U.R. N. 17 del 16/09/2006), comunica la relazione trimestrale delle prestazioni erogate ai propri assistiti, tra quelle previste dal suddetto accordo, per il periodo/trimestre_____.

INIZIALI PAZIENTE	SESSO	DATA DI NASCITA G/M/A	TIPOLOGIA PRESTAZIONI EROGATE	DIAGNOSI

TOTALE PRESTAZIONI EROGATE _____

TIMBRO E FIRMA

DATA