REGIONE SARDEGNA - Azienda U.S.L. n. 5 - ORISTANO

MODULO RIEPILOGATIVO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE MESE DI _____

Dott._____Cod.Reg.le_____ Sede G.Medica_____

DATA	COGNOME	NOME	INDIRIZZO	COD.FISCALE	TIPO DI PRESTAZIONE	**NOTE**
					TOTALE	

Data

Firma e Timbro del Medico

./.