DESCRIZIONE ATTIVITA' AMBULATORIALE

ENTE (denominazione)	COMUNE:
C.F./P.I.	INDIRIZZO:

STRUTTURA (denominazione)	COMUNE
	INDIRIZZO:

Branca Specialistica	Breve descrizione della prestazione eseguita	Tipologia apparecchiatura se utilizzata per eseguire la specifica prestazione

Data___/___/_____ Timbro e firma del Direttore Sanitario Timbro e firma del Legale Rappresentante