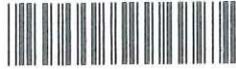


Nome COGNOME DEL MEDICO

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)

codice regionale e/o codice fiscale

INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)



16018



40121857660



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE PUGLIA

CODICE FISCALE

(N) NON ESENTE

(R) REDDITO FIRMA AUTOCERTIFICANTE

SIGLA PROVINCIA CODICE ASL

CODICE FISCALE

PRESCRIZIONE  
FLUAN H°  
VAXIGRIA TETRA M°  
PREVENAR 13 H°  
PNEUMOVAX H°

(Barrare se non utilizzate)  
NOTA

SUGG. RICOV. ALTRO  
U B D P  
PRIORITY DELLA PRESTAZIONE

Dr. ~~Antonio~~  
Medicina Generale ASL BA  
St. via ~~De Gasperi~~ BA  
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI TIPO DI RICETTA DATA

CODICE NUMERO  
CODICE NUMERO

DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE

NUMERO PROGRESSIVO  
IMPORTI  
TICKET  
GALER. OR. CHIAM. ALTRO

P.Z.S. - PUGLIA