

COGNOME NOME COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO DI ANCHE CHE PRESCRITTO DALLA LEGLA													
INDIRIZZO INDIRIZZO CHE PRELUOTO DALLA LEGLA													
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE VENETO		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="5">C O D I C E</td> <td colspan="5">F I S C A L E</td> </tr> </table>		C O D I C E					F I S C A L E				
C O D I C E					F I S C A L E								
EVENTUALE ESENZIONE ☐ N NON ESENTE ☐ R ESENTE		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> DATA AUTENTICANTE </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> DATA FISCALE </td> </tr> </table>		DATA AUTENTICANTE 	DATA FISCALE 								
DATA AUTENTICANTE 	DATA FISCALE 												
PRESCRIZIONE 12 FANGHI + 12 BAGNI TERAPEUTICI		ESempio se non applicato <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">S SURTO</td> <td style="width: 25%;">H ALTRA</td> <td style="width: 25%;">U ALTRA</td> <td style="width: 25%;">P ALTRA</td> </tr> </table>		S SURTO	H ALTRA	U ALTRA	P ALTRA						
S SURTO	H ALTRA	U ALTRA	P ALTRA										
PATOLOGIA tipo: osteoartrite oppure reumatici extrarticolari		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="5">G G M M A A</td> </tr> </table>		G G M M A A									
G G M M A A													
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> NUMERO CONFEZIONE / PRESTAZIONE </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> TRIO DI RILETTA </td> </tr> </table>		NUMERO CONFEZIONE / PRESTAZIONE 	TRIO DI RILETTA 	TIMBRO E FIRMA MEDICO 									
NUMERO CONFEZIONE / PRESTAZIONE 	TRIO DI RILETTA 												
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> NUMERO CONFEZIONE / PRESTAZIONE </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> NUMERO CONFEZIONE / PRESTAZIONE </td> </tr> </table>		NUMERO CONFEZIONE / PRESTAZIONE 	NUMERO CONFEZIONE / PRESTAZIONE 	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> NUMERO CONFEZIONE / PRESTAZIONE </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> NUMERO CONFEZIONE / PRESTAZIONE </td> </tr> </table>		NUMERO CONFEZIONE / PRESTAZIONE 	NUMERO CONFEZIONE / PRESTAZIONE 						
NUMERO CONFEZIONE / PRESTAZIONE 	NUMERO CONFEZIONE / PRESTAZIONE 												
NUMERO CONFEZIONE / PRESTAZIONE 	NUMERO CONFEZIONE / PRESTAZIONE 												

COGNOME NOME COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO DA INDELLUSTRARE PRESCRITTO ALLA LEGGE													
INDIRIZZO INDIRIZZO COME PRESCRITTO ALLA LEGGE													
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE VENETO		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10">C O D I C E F I S C A L E</td> </tr> </table>		C O D I C E F I S C A L E									
C O D I C E F I S C A L E													
EVENTUALE ESENZIONE N R													
PRESCRIZIONE													
12 INALAZIONI + 12 AEROSOL													
PATOLOGIA tipo: bronchite, rinite, rinosinusite,		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10">G G M M A A</td> </tr> </table>		G G M M A A									
G G M M A A													
		TIMBRO E FIRMA MEDICO TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO											