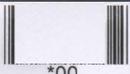
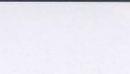


FRIULI VENEZIA GIULIA	 *060A1*	 *00	 4*
-----------------------	---	--	--

COGNOME E

NOME: D O

INDIRIZZO: VIA

CAP: 33

COMUNE:

*D R 94

A*

PROV: UD

ESENZIONE: RD0070

SIGLA PROVINCIA: UD

CODICE ASL: 060206

DISPOSIZIONI REGIONALI:

TIPOLOGIA PRESCRIZIONE (S,H):

ALTRO:

PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P): Entro 30 (visite) entro 60 gg (visite strumentali)

PRESCRIZIONE	QTA	NOTA
89.7C.7 Visita immunotrasfusionale PRIMO ACCESSO	1	--

Necessario prenotare entro 30 giorni

QUESITO DIAGNOSTICO: visita immunotrasfusionale iperomocisteinemia studio trombofilico pre terapia aormonale

N.PRESTAZIONI: 1 TIPO RICETTA: Assist. SSN DATA: 15/12/2021 CODICE FISCALE MEDICO: S R 76 X

Codice autenticazione: 151220211127288590005115773372 COGNOME E NOME DEL MEDICO: S E

Rilasciato ai sensi dell'art. 11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n78 e dell'art. 1, comma 4 del DM 2 nov 2011

RITENUTA SCADUTA DAL CUP PERCHÉ
PRESENTATA DOPO 30 GIORNI ALLO SPORTELLO!
CHIESTO AL MMG DI RILASCIARNE UNA
NUOVA!