Data

PREVENTIVO N°

Spett.le **A.S.L. RM**

Via

C.A.P. Città

Oggetto: **FORNITURA AUSILI PER INCONTINENTI ENTERO - UROSTOMIZZATI - Cod. 31**

Assistito Tessera S.S.N. N°

Nato a il

Residente a in Via N°

Certificato medico Dott. Del

Diagnosi

CODICE	DESCRIZIONE ARTICOLO	PEZZI	PREZZO UNITARIO	TOTALE IMPORTO
FIRMA FARMACIA			**TOTALE**	

AUTORIZZAZIONE

Roma, li

Prot. N.

Regione LAZIO

A.S.L. Via N.

Vista la prescrizione ed il preventivo si autorizza la fornitura per l'importo complessivo di

Euro _____ (Netto IVA)

IL COORDINATORE SANITARIO IL COORDINATORE AMMINISTRATIVO IL PRESIDENTE COMITATO GESTIONE

PER RICEVUTA E GRADIMENTO
L'INTERESSATO
(o chi ne fa le veci)

data