MODULO PER RICHIESTA IMPEGNATIVE

Nome e Cognome _____

Telefono: _____

e-mail: _____

Nome del Medico: _____

Farmaci:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Attenzione questo modulo può essere utilizzato per richiedere unicamente la terapia "mensile periodica". Qualsiasi farmaco non presente nella scheda personale, nuove terapie o accertamenti senza la precedente autorizzazione del medico NON verranno considerati.