

ALLEGATO G

Descrizione attività ambulatoriale

ENTE (denominazione)

COMUNE DI:

C.F./P.I. :

INDIRIZZO:

STRUTTURA (denomin.) :

COMUNE DI:

INDIRIZZO:

| Branca specialistica | Attività Sanitaria non medica | Descrizione breve della prestazione eseguita nell'ambito della Branca Specialistica o dell'Attività Sanitaria non Medica | Tipologia Apparecchiatura se utilizzata per eseguire la specifica prestazione | Matricola Apparecchiatura |
|----------------------|-------------------------------|--|---|---------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Data ___ / ___ / _____

Timbro e Firma del Direttore Sanitario

Timbro e Firma del Legale Rappresentante