COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO *(O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)*
ZUNAME UND NAME DES BETREUTEN *(ODER INITIALEN WENN VOM GESETZ VORGESCHRIEBEN)*

INDIRIZZO *(OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)*
ADRESSE *(WENN VOM GESETZ VORGESCHRIEBEN)*

STAMPA PC

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
STAATLICHER GESUNDHEITSDIENST
PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO
AUTONOME PROVINZ BOZEN

CODICE FISCALE / STEUERNUMMER

N — NON ESENTE / NICHT BEFREIT — CODICE ESENZIONE / BEFREIUNGSKODE

R — REDDITO / EINKOMMEN — *(Vedi avvertenze sul retro) / (Siehe Hinweise auf der Rückseite)* — FIRMA AUTOCERTIFICANTE / UNTERSCHRIFT ZUR EIGENERKLÄRUNG

SIGLA PROVINCIA / PROVINZKENNZEICHEN — CODICE ASL / KODE SB

(Barrare se non utilizzata)
(Durchstreichen wenn nicht verwendet)

NOTA CUF / FUSSNOTE

NOTA CUF / FUSSNOTE

S — SUGG./EMPF. — H — RICOV./EINLIEF. — ALTRO/ANDERES

U — B — D — P — PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE / DRINGLICHKEIT DER LEISTUNG

PRESCRIZIONE / VERSCHREIBUNG

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI
ANZAHL PACKUNGEN / LEISTUNGEN

TIPO DI RICETTA
ART DES REZEPTES

DATA / DATUM

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO / STEMPEL UND UNTERSCHRIFT DES ARZTES

AUSFOLGEDATUM / STEMPEL LEISTUNGSERBRINGENDE EINRICHTUNG

DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE

NUMERO PROGRESSIVO / FORTLAUFENDE NUMMER

IMPORTI / BETRÄGE

TICKET

GALEN. DIR. CHIAM. ALTRO
REZEPTURARZ. RUFDIENSTTAXE
ANDERES

CODICE / KODE — NUMERO / NUMMER

FACSIMILE

FACSIMILE

P.Z.S. ROMA