

MODULO PRENOTAZIONE CONSEGUIMENTO PATENTE

LEGGERE E ACCETTARE QUANTO SEGUE:

-SI INFORMANO I SIGG. PAZIENTI CHE QUESTO STUDIO MEDICO VERSA PER VOSTRO CONTO I CORRISPETTIVI ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE, LE CIFRE VERSATE NON SARANNO RIMBORSABILI

-SE PORTATORI DI PROTESI ACUSTICHE BISOGNA PORTARLE AL MOMENTO DELLA VISITA INSIEME A DICHIARAZIONE EFFICIENZA PROTESI RILASCIATA DALLA DITTA COSTRUTTRICE IN DATA NON ANTERIORE A 3 MESI

-SE PORTATORI DI OCCHIALI DA VISTA O LENTI A CONTATTO BISOGNA PORTARLI IL GIORNO DELLA VISITA E PER PATENTI C, D, E e CAP BISOGNA PORTARE ANCHE CERTIFICATO GRADAZIONI LENTI RILASCIATO DA UN OTTICO

-CONSEGNARE CERTIFICATO ANAMNESTICO RILASCIATO DA MMG

Firma per accettazione _____

SCHEDA ANAMNESTICA PRELIMINARE:

Io sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Mail _____

Telefono _____

Data _____

Firma: