ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA / INTEGRATA (_____)

DOTT. _____

AZIENDA SANITARIA ASM DI MATERA

DISTRETTO DI MONTESCAGLIOSO

MODULO RIEPILOGATIVO LIQUIDAZIONE COMPENSI DEL MESE DI _____

COGNOME E NOME ASSISTITO	N° ACCESSI	DATE ACCESSO

N° _____ accessi autorizzati

Si autorizza la liquidazione

Per N° _____ accessi

Data \ Timbro e firma del medico