

MODELLO DI PRESCRIZIONE PER AUSILI ASSORBENTI L'URINA

Ad uso dei MMG e dei PLS per il rinnovo della fornitura in caso di fabbisogno invariato

Si prescrive il rinnovo del fabbisogno annuale di ausili assorbenti l'urina per l'assistito:

Cognome e nome _____

Residente in _____ via _____

Data di nascita _____

Data,

Firma e Timbro Medico
