



IGIENE E ORGANIZZAZIONE PER IL SUPERAMENTO DELL'INVALIDITÀ

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA

MODULO DI ADESIONE

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

in qualità di Rappresentante Legale della Farmacia / Ditta _____

presa visione della Determinazione del Direttore S.C. Assistenza Sanitaria Territoriale *Estensione procedura informatizzata per le pratiche autorizzative* della Struttura Semplice Tecnologie per il Superamento delle Invalidità, ADERISCO alla Procedura Informatizzata di autorizzazione alla fornitura di ausili e presidi protesici.

A tal fine, fornisco di seguito le informazioni necessarie.

Ragione sociale	Indirizzo	CAP	Località

Telefono	Fax	e-mail	Referente	Password

Data

Firma
