

Impegnativa medica

Persona assicurata

Cognome	Nome
Via / n.	NPA / Luogo
Assicurato n.	Data di nascita

(contrassegnare la risposta che corrisponde al caso)

L'impegnativa medica è stata effettuata da me

Data dell'impegnativa medica

Impegnativa medica per

Durata dell'impegnativa medica

Sono informato/a circa il trattamento e sono d'accordo con l'assunzione dei costi

L'impegnativa medica **non** è stata effettuata da me

Non si tratta di un/a mio/a paziente

Osservazioni

Luogo / Data

Timbro /
Firma del medico