

## ALLEGATO "A"/2 -

DA:  
RICHIEDENTE: \_\_\_\_\_

RAGIONE SOCIALE (SE DIVERSA DAL RICHIEDENTE): \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_

PARTITA IVA: \_\_\_\_\_

A:  
ISTITUTO NAZIONALE PER LE MALATTIE INFETTIVE "LAZZARO SPALLANZANI" - "I.R.C.C.S.

consulenza

prestazione diagnostico-terapeutica

COGNOME E NOME*	Tipologia campione biologico ed esami richiesti

MEDICO RICHIEDENTE \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

FIRMA E TIMBRO DEL DIRETTORE SANITARIO  
DELLA STRUTTURA RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

**PARTE DA COMPILARE A CURA DELL'U.O. DELL'ISTITUTO "L. SPALLANZANI" -  
CHE EFFETTUA LA PRESTAZIONE**

PRESTAZIONI ESEGUITE IL: \_\_\_\_\_

PRESTAZIONI ESEGUITE	IMPORTO

FIRMA E TIMBRO DI CHI EFFETTUA LA PRESTAZIONE

\_\_\_\_\_

FIRMA E TIMBRO DEL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

\_\_\_\_\_