

Il sottoscritto: Sig./Sig.ra (cognome, nome)
Nato a: prov. (...) Il .../.../.....
Codice Fiscale:
Residente in: Città prov. (...)
Recapito telefonico: @

CHIEDE

Di modificare i dati anagrafici relativi alla prestazione sanitaria effettuata in regime di Libera Professione col Dr./Dr.ssa
in data tipo di prestazione (es. visita chirurgica ...)
.....
presso la struttura USL (es. consultorio ...)
della città di

DATI ERRATI:

ricevuta n. (es. 1E/000000, 003-3000000 ...)
fattura n. (es. VB0000000 ...)
Intestata a:
Sig./Sig.ra (cognome, nome)
Codice Fiscale:
Residente in: Città prov. (...)

DATI CORRETTI PER L'INTESTAZIONE:

Sig./Sig.ra (cognome, nome)
Nato a: prov. (...) Il .../.../.....
Codice Fiscale:
Residente in: Città prov. (...)

Data

Firma

.....

.....

IL PRESENTO MODULO VA CONSEGNATO UNITAMENTE ALLE COPIE DELLE RICEVUTE/FATTURE EMESSE E A UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO PRESSO GLI UFFICI LIBERA PROFESSIONE DELLE STRUTTURE TERRITORIALI DI:

Carpi c/o Ospedale di Carpi, Mirandola e Finale Emilia c/o Ospedale di Mirandola, Modena e Sassuolo (non competente per l'attività dei medici del Nuovo Ospedale di Sassuolo s.p.a.) c/o Ospedale Estense di Modena, Castelfranco Emilia c/o Ospedale di Castelfranco Emilia, Pavullo nel Frignano c/o Ospedale di Pavullo, Vignola c/o Ospedale di Vignola.

In alternativa, è possibile spedire tutta la documentazione a mezzo servizio postale all'Ufficio Aziendale Libera Professione c/o Poliambulatorio USL largo del Pozzo, 71/B - 41125 Modena

La ricevuta/fattura corretta verrà inviata a mezzo servizio postale all'indirizzo di residenza dichiarato.