

**MODULO PER EROGAZIONE FORNITURE PROTESICHE**

Paziente: \_\_\_\_\_ Nato/a il: \_\_\_\_\_  
 Residenza: \_\_\_\_\_  
 Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**PRESCRIZIONE**

Presidio prescritto

Codice ISO relativo

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Ente erogatore: \_\_\_\_\_

PREVENTIVO	Importo	Quantità	Imponibile	IVA	Totale
Codice ISO					
06.30.21.042 Impostazione Cavitaria	157,62	01	157,62	4%	163,92
06.30.21.048 Protesi provvisoria	140.73	01	140.73	4%	146.36
06.30.21.021 Protesi in resina su misura	562.94	01	562.94	4%	585.45
					585.45
					Totale euro 895.73

**GRADIMENTO**

IL RICHIEDENTE, VISTA LA PRESCRIZIONE DICHIARA:

1. di scegliere la ditta OPTICS CENTER s.r.l. Via G. Verdi 35/A 54033 CARRARA (MS) – Via E. De Fabris, 14/16 50137 FIRENZE
2. di impegnarsi a sottoporre a collaudo del medico prescrittore la protesi che riceverà entro i 20 giorni successivi alla consegna
3. di non avere ottenuto quanto prescritto da altre istituzioni od enti, né di richiederlo successivamente
4. di impegnarsi a restituire la protesi ricevuta qualora non sia più necessaria od idonea alle proprie esigenze
5. di essere a conoscenza della gratuità dei presidi del N.T. qualora non dichiarati espressamente riconducibili ad esso
6. di essere a conoscenza delle procedure per la fornitura dei presidi riconducibili al Nomenclatore Tariffario

Firma del Richiedente (o di chi ne ha la tutela)

\_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONE**

VERIFICATE LE CONDIZIONI DI AVENTE DIRITTO DEL RICHIEDENTE E DI CONCEDIBILITA' DEL PRESIDIO PRESCRITTO SI AUTORIZZA LA SPESA

PER: La fornitura della protesi oculare prescritta per l'importo (globale complessivo dell'IVA) di Euro \_\_\_\_\_

Numero Registro \_\_\_\_\_ Prot. n. \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_\_ Sede di: \_\_\_\_\_

Il Responsabile dell'autorizzazione: \_\_\_\_\_ Codice \_\_\_\_\_

**CONSEGNA**

Dalla ditta fornitrice OPTICS CENTER s.r.l. Via G. Verdi 35/A 54033 CARRARA (MS) – Via E. De Fabris, 14/16 50137 FIRENZE, ricevo la protesi oculare

in data: \_\_\_\_\_ Firma del Richiedente: \_\_\_\_\_

**COLLAUDO**

CERTIFICAZIONE DEL COLLAUDO AVVENUTO IN DATA: \_\_\_\_\_ SI ACCERTA la rispondenza del presidio dal lato funzionale e la sua conformità alla prescrizione

Firma del medico prescrittore e collaudatore \_\_\_\_\_