

MODULO PER EROGAZIONE FORNITURE PROTESICHE

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

PRESCRIZIONE

Presidio prescritto _____

Codice ISO relativo _____

Data: _____ Ente erogatore: _____

PREVENTIVO

Codice ISO	Importo	Quantità	Imponibile	IVA		Totale
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
06.30.21.027 Protesi in resina su misura	844.41	01	844.41	4%		878.19
						878.19
					Totale euro	1188.47

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 _____