ALLEGATO 1 ALL'ALLEGATO A DELLA DELIBERAZIONE N 770 DEL 30 LUGLIO 2018

ORDINE DI FATTURAZIONE

ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA
PIAZZA OSPEDALE MAGGIORE, 3
20162 MILANO
TEL. 02/6444 3078
FAX 02/6444 2800
E-MAIL convenzioni@ospedaleniguarda.it

Alla cortese attenzione S.C. Accoglienza, marketing e area privata

Sig.ra Sig.ra Deborah Spadaro Norella

Il numero riportato di seguito deve essere indicato in tutta la corrispondenza, in tutte le fatture e in tutti i documenti di spedizione correlati:
CONVENZIONE **Consulenze di cardiologia pediatrica**
ATTI N. 1188/2009

DATA ORDINE	VS. N° RIFERIMENTO	EMESSO DA	PERIODO COMPETENZA
		ASL V.C.O.	

DATA ESECUZIONE PRESTAZIONE	ORARIO ESECUZIONE PRESTAZIONE	PRESTAZIONE ESEGUITA	QUANTITA' PRESTAZIONI	IMPORTO PRESTAZIONE	MEDICO	TOTALE

TOTALE DA FATTURARE _____

ENTE RICHIEDENTE (Direttore responsabile) Data

PER CONFERMA (Il direttore della struttura sanitaria dell'ASST Grande Ospedale Metropoli Data