



Napoli __/__/__

Struttura		Dati identificativi Erogatore	
<input type="checkbox"/> D.S.B. n° ____	descrizione:	Nome Cognome	
<input type="checkbox"/> P.O.	sede:	CF	
<input type="checkbox"/> P.I.	U.O.:	Tel (priv)	
		PEC	
		Branca	
		Ambulatorio	
		Indirizzo	
		CAP e Città	
		Tel (pubbl)	

CALENDARIO SETTIMANALE

GIORNO	MATTINA (dalle ore /alle ore)	POMERIGGIO (dalle ore /alle ore)	OFFERTA DA ORGANIZZARE IN :	LEGENDA
LUNEDI			<i>BARRARE LA VOCE INTERESSATA</i>	MINUTI : si tiene conto del tempo di erogazione di ogni singola prestazione
MARTEDI			<input type="checkbox"/> MINUTI	PAZIENTI : si prescinde dal numero di prestazioni da erogare
MERCOLEDI			<input type="checkbox"/> n° pazienti / h ____	PRESTAZIONI : si stabilisce il numero di prestazioni erogabili
GIOVEDI			<input type="checkbox"/> n° prestazioni / h ____	
VENERDI				
SABATO				

☒ L'OFFERTA SANITARIA CHE SEGUE, E' VALIDA PER TUTTI I TURNI DEL CALENDARIO SETTIMANALE

OVVERO

☒ L'OFFERTA SANITARIA È DIFFERENZIATA NEL MODO SEGUENTE : GIORNO _____ TURNO (MAT – POM – M/P)

(N.B. in questo caso, lo schema seguente è da ripetersi per tutti i turni del calendario settimanale)

COD. PREST.	DESCRIZIONE SINTETICA	TEMPO EROGAZIONE	IMPORTO €	NOTE (ES. TETTO MAX PER PRESTAZ. - IVA NON IN ESENZIONE)

(timbro e firma)

(visto del Responsabile di Struttura)