

## CARTA DEI SERVIZI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Dr. \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Segretaria Sig.ra \_\_\_\_\_

### Orari di studio

### su appuntamento

Lunedì _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Martedì _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Mercoledì _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Giovedì _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Venerdì _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sabato _____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

**Prestazioni in *regime convenzionato*: tutte quelle previste dall'art. 45 della convenzione (ACN consolidato 2006/2009).**

**Prestazioni a rapporto *libero professionale*: solo su appuntamento e al di fuori degli orari di studio convenzionato.**

**Data :** \_\_\_\_\_