



Sistema Sanitario Regione Liguria

www.asl3.liguria.it

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
STRUTTURA COMPLESSA CURE PRIMARIE
Viale Virginia Centurione Bracelli 1/3
16142 Genova

MODULO RILEVAZIONE DATI PER CAMBIO INDIRIZZO – ACCREDITO IN C/C
BANCARIO

Da compilarsi in modo comprensibile

l sottoscritt_ Dr. _____ cod. reg. n. _____

nat_ a _____ prov. ____ il ____/____/____

NOTIFICA LA VARIAZIONE DEL PROPRIO INDIRIZZO COME SEGUE:

C.A.P. _____ Comune _____ prov. _____

P.zza/Via _____ n. _____

N. telefonici: _____

E-mail: _____

NOTIFICA LA VARI AZIONE DEL PROPRIO C/C BANCARIO COME SEGUE:

Banca: _____ Ag. _____

P.zza/Via _____

CODICE IBAN													
Paese	Check	CIN	ABI			CAB			NUMERO DI CONTO CORRENTE				

Firma e timbro del medico

Genova, _____
