

RILEVAZIONE INDIRIZZI E VARIAZIONE ORARI STUDI MEDICI

Io sottoscritto Dr. _____ Cod. Reg. _____

E-Mail: _____

Dichiaro di osservare i sotto elencati orari nei miei ambulatori:

1° Ambulatorio - Variazione indirizzo - Variazione orario - Apertura nuovo ambulatorio

C.A.P. - Città - Via o Piazza - numero civico,

N. telefonici: _____

giorno	mattino			Pomeriggio		
	dalle	alle	tipo Lib/App.	dalle	alle	tipo Lib/App.
Lunedì						
Martedì						
Mercoledì						
Giovedì						
Venerdì						
Sabato						

2° Ambulatorio - Variazione indirizzo - Variazione orario - Apertura nuovo ambulatorio

C.A.P. - Città - Via o Piazza - numero civico,

N. telefonici: _____

giorno	mattino			Pomeriggio		
	dalle	alle	tipo Lib/App.	dalle	alle	tipo Lib/App.
Lunedì						
Martedì						
Mercoledì						
Giovedì						
Venerdì						
Sabato						

3° Ambulatorio - Variazione indirizzo - Variazione orario - Apertura nuovo ambulatorio

C.A.P. - Città - Via o Piazza - numero civico,

N. telefonici: _____

giorno	mattino			Pomeriggio		
	dalle	alle	tipo Lib/App.	dalle	alle	tipo Lib/App.
Lunedì						
Martedì						
Mercoledì						
Giovedì						
Venerdì						
Sabato						

Dichiaro inoltre di chiudere i mi ambulatori sit in : _____

(data) _____

(timbro e firma del medico) _____

