



UNIONE DEI PODOLOGI DELLA SVIZZERA ITALIANA

Giustificativo per il rimborso

Operatore sanitario
Nome:
N° di socio UPSI:
Fattura N°:
Paziente
Cognome:
Nome:
Via:
NPA:
Località:
Data di Nascita:
Assicurazione:
Medico:

--

TRATTAMENTO PODOLOGICO PER SINDROME DA PIEDE DIABETICO

Data trattamento	Descrizione	Durata Minuti	Importo
		Importo Totale	

Allegato: prescrizione medica

--

Timbro e Firma

* Rimborso a carico dell'assicurazione complementare