



# UNIONE DEI PODOLOGI DELLA SVIZZERA ITALIANA

## Giustificativo per il rimborso

<b>Operatore sanitario</b>
Nome:
N° di socio UPSI:
Fattura N°:
<b>Paziente</b>
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 della assicurazione complementare

--