Azienda USL
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste

ADR

MICROCOMUNITA' - CASA DI RIPOSO

(DGR 359/2016 – Accordo integrativo aziendale 22/3/2016)

PROSPETTO DI LIQUIDAZIONE MENSILE

Dott. _____

Mese e anno di riferimento _____

MICROCOMUNITA' O CASA DI RIPOSO

di _____

COGNOME NOME DELL'ASSISTITO	N. ACCESSI **Voce 00096**	NOTE
TOTALE ACCESSI MENSILI		

data, _____

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

_____

Il presente prospetto di liquidazione dovrà pervenire - entro il 15 del mese successivo a quello di riferimento - all'Ufficio Convenzioni Uniche Nazionali – Direzione Area Territoriale – fax 0165-544565 o email: *convenzioninazionali@ausl.vda.it*