

## **MODULO 1: PRENOTAZIONE**

### **DATI PERSONALI:**

COGNOME ..... NOME ..... DATA DI NASCITA.....

CODICE FISCALE .....

CITTA'.....PROVINCIA.....

INDIRIZZO.....C.A.P.....

TELEFONO.....CELLULARE.....

E-MAIL.....FAX.....

### **DATI CENTRO DIALISI DI PROVENIENZA :**

NOME STRUTTURA.....

CITTA'.....PROVINCIA.....

INDIRIZZO.....C.A.P.....

TELEFONO.....FAX.....

E.MAIL.....

MEDICO DI RIFERIMENTO.....

### **PERIODO RICHIESTO :**

DAL.....AL.....N. SEDUTE SETTIMANALI.....

FIRMA