

MODULO 6

DOMANDA DI RIMBORSO

• **A CURA DELLA DONNA**

LA SOTTOSCRITTA _____ NATA A _____

IL ____/____/____ RESIDENTE A _____

PRESENTA N. ____ FATTURE RELATIVE ALLE PRESTAZIONI RICEVUTE DAI SEGUENTI PROFESSIONISTI:

RIMBORSO DA EFFETTUARSI SUL CODICE IBAN_____

DATA ____/____/____

FIRMA _____

• **A CURA DELL'OSTETRICA**

DICHIARO:

○ DI AVER ASSISTITO AL PARTO INSIEME ALLA SECONDA OSTETRICA
Dott.ssa _____

La Sig.ra _____ in data ____/____/____

Presso il suo domicilio/Casa Maternità situato/a _____

In Via _____

○ DI AVERE VISITATO LA PUPEREA ED IL NEONATO NELLE SEGUENTI DATE:

○ CHE IL NEONATO _____ HA EFFETTUATO VISITA
PEDIATRICA DOPO LA NASCITA IN DATA ____/____/____
DA PARTE DEL/DELLA Dr/Dr.ssa _____

DATA ____/____/____

FIRMA _____