

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 PUERPERA 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 _____