

# MODULO DI MANDATO DELLA CLINICA INDIRIZZI



Nome e cognome del paziente	
Denominazione ed indirizzo della clinica-speditrice	
Informazione di riferimento del responsabile della fornitura	
Materiale e quantità	
Data di ricezione (viene compilato dal corriere)	
Ora di ricezione (viene compilato dal corriere)	

Nome e cognome del paziente	
Denominazione ed indirizzo della clinica-speditrice	
Informazione di riferimento del responsabile della fornitura	
Materiale e quantità	
Data di ricezione	
Data di ricezione	

\* Questo modulo è da compilare separatamente per ogni paziente

Data

Responsabile di fornitura dell'informazione

Firma

Nome e cognome del corriere

Firma