

**RICHIEDENTE***(compilare in modo leggibile/stampatello)***AZIENDA/OSPEDALE/CASA DI CURA/ENTE (Pubblico)**

Fax n° \_\_\_\_\_

Tel n° \_\_\_\_\_

Prot: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Si richiede, per il/la paziente (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ricoverato/a presso \_\_\_\_\_ affetto

da \_\_\_\_\_

la seguente prestazione \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Il Medico richiedente**

(Timbro e firma)

Si autorizza la fatturazione della prestazione richiesta alle tariffe previste dal Ministero della Salute (CUR), e ove non previste dal suddetto tariffario, a quelle previste dalle "Tariffe Aziendali" IFO. Si autorizza, inoltre, l'emissione dell'Ordine Elettronico, così come previsto dalla normativa vigente, senza il quale l'IFO non potrà procedere alla emissione della relativa fattura.

**Codice NSO IFO: QRLULC**

Ordine Elettronico n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**Il Direttore Sanitario****EROGANTE**ISTITUTI FISIOTERAPICI  
OSPITALIERI

Via Elio Chianesi 53 - 00144 Roma

Roma C.F. 02153140583 P.IVA 01033011006

**FAX 06/52665444 TEL 0652666116-2327**

LA PRESTAZIONE RICHIESTA SARA' EROGATA IL GIORNO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ALLE ORE \_\_\_\_\_

**Il Responsabile Unità Operativa****Il Direttore Sanitario**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Prestazioni Effettuate

Data

Codice

Tariffa

_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

**Il Responsabile Unità Operativa**

(Timbro e firma)

\_\_\_\_\_

Dopo la prestazione il presente modulo va inviato all' Ufficio Fonogrammi (Direzione Medica IFO) che ne trasmetterà una copia al RICHIEDENTE che provvederà ad emettere Ordine Elettronico ai fini della successiva fatturazione.