



**AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE SANT'ANNA DI COMO**  
**Presidio Ospedaliero Sant'Anna**  
Via Ravona - 22020 San Fermo della Battaglia

**SCHEDE COSTI PRESTAZIONE**

01/03/2012

NUMERO NOSOLOGICO :       XXXXXXXXXX

COGNOME : COGNOME

NOME : NOME

DATA DI NASCITA : DD-MM-YYYY

DATA DI RICOVERO : DD-MM-YYYY

REPARTO DI RICOVERO : NOME\_REPARTO\_RICOVERO

DIAGNOSI DI INGRESSO : ADDOMINALGIA CIRCOSCRITTA IN FOSSA ILIACA DESTRA

NUMERO LETTO : XX

SPECIALITÀ : NOME\_SPECIALITÀ

Egregia Signora/e, il valore di seguito esposto, espresso in euro, rappresenta il rimborso corrisposto mediamente agli ospedali della Lombardia per il costo sostenuto per tipologie di attività e di prestazioni simili a quelle da Lei usufruite nel corso del Suo ricovero.

COSTO PRESTAZIONE : €       **5360.0**

Firma Medico \_\_\_\_\_