



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 _____

Sistema Sanitario  Regione Lombardia

Sede Legale: Via Napoleona, 60 - 22100 COMO codice fiscale e partita iva:02166380135
PEC: protocollo@pec.hsacomo.org