

Spett.le



Via Crispi, 28/a - 74123 Taranto

PROTESI OCULISTICA

Il sottoscritto medico curante

consapevole delle responsabilità penali conseguenti alle false certificazioni (art. 481 C.P.)

DICHIARA

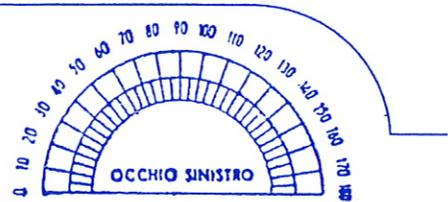
Che le prestazioni specialistiche _____

(descrizione dettagliata delle prestazioni da riportare sul diagramma sottoindicato)

DA COMPILARSI
SOLO PER VISITA
OCULISTICA



	Sfere	Cilindro	Asse
L			
V			
P			



	Sfere	Cilindro	Asse
L			
V			
P			

sono state effettuate esclusivamente sulla persona del Sig _____

_____ nato il _____

ed in suo esclusivo favore.

_____ (data)

_____ (timbro e firma del medico curante)

Il sottoscritto titolare della Ditta Fornitrice

consapevole delle responsabilità penali conseguenti alle false certificazioni (art. 485 C.P.)

DICHIARA

Che la fornitura di _____

(evidenziare importo fornitura delle lenti)

di cui alla fattura n. _____ del _____ per l'importo di Euro _____

(_____)

è stata effettuata esclusivamente per necessità fisiche del Sig.

_____ nato il _____

_____ (data)

_____ (timbro e firma della ditta fornitrice)