

# CARTA DEI SERVIZI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Dr. \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Segretaria Sig.ra \_\_\_\_\_

## Orari di studio

## su appuntamento

Lunedì	_____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Martedì	_____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Mercoledì	_____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Giovedì	_____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Venerdì	_____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sabato	_____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

**Prestazioni in *regime convenzionato*:** tutte quelle previste dall'art. 45 della convenzione( ACN consolidato 2006/2009).

**Prestazioni a rapporto *libero professionale*:** solo su appuntamento e al di fuori degli orari di studio convenzionato, preferibilmente nella mattinata del giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Data : \_\_\_\_\_