

Rilevazione indirizzi ed orari di studio medico

Io sottoscritto Dr. _____ Cod. Reg. _____.

Dichiaro di osservare i sotto elencati orari nei miei ambulatori:

1° Ambulatorio:

C.A.P. – Città – Via o Piazza – numero civico,

N. telefonici: _____

giorno	mattino			Pomeriggio		
	dalle	alle	tipo Lib/App.	dalle	alle	tipo Lib/App.
Lunedì						
Martedì						
Mercoledì						
Giovedì						
Venerdì						
Sabato						

2° Ambulatorio:

C.A.P. – Città – Via o Piazza – numero civico,

N. telefonici: _____

giorno	mattino			Pomeriggio		
	dalle	alle	tipo Lib/App.	dalle	alle	tipo Lib/App.
Lunedì						
Martedì						
Mercoledì						
Giovedì						
Venerdì						
Sabato						

3° Ambulatorio:

C.A.P. – Città – Via o Piazza – numero civico,

N. telefonici: _____

giorno	mattino			Pomeriggio		
	dalle	alle	tipo Lib/App.	dalle	alle	tipo Lib/App.
Lunedì						
Martedì						
Mercoledì						
Giovedì						
Venerdì						
Sabato						

(data)

(timbro e firma del medico)