

Modulo Richiesta Prenotazione



ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

IL MODULO VA STAMPATO, COMPILATO A STAMPATELLO E CON IMPEGNATIVA MEDICA INVIATO VIA FAX AL NUMERO 011 9679389

Data Compilazione Modulo Richiesta Prenotazione

Cognome e Nome:

E-mail:

Telefono:

Come vuole essere contattato da IRM ?

E-MAIL

TELEFONO

Servizio da Prenotare:

Branca Specialistica:

In quale regime vuole usufruire del Servizio da Prenotare IRM ?

PRIVATO

S.S.N. MUTUA

CONVENZIONE

MED. LAVORO

Scriva qui le sue preferenze per la prenotazione e il suo messaggio conclusivo per aiutare nella prenotazione: