



**OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO**  
**Sistema Sanitario Regione Liguria**

*Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico*

*Largo Rosanna Benzi, 10 16132 GENOVA*

**PREAVVISO NOTULA PRESTAZIONI SANITARIE DA REMOTO**

Da trasmettere al seguente indirizzo di posta elettronica:

[libera.professione@hsanmartino.it](mailto:libera.professione@hsanmartino.it)

GENTILE SIG/RA.

Via:

C.F.:

mail:

PRESTAZIONE EFFETTUATA DAL DOTTOR:

PRESTAZIONE	CODIFICA PREST.:	importo :	EURO
-------------	------------------	-----------	------

compreso bollo.

Il documento fiscale verrà inviato per posta dall'ufficio Libera Professione, a seguito del pagamento della prestazione.

Cordiali saluti.

Data \_\_\_\_\_

Banca CA.RI.GE Agenzia nr 49 - Genova

Codice IBAN **IT25F0617501594000002333990**

**Inserire in causale bancaria:**

---

*Largo Rosanna Benzi, 10 16132 GENOVA*

[protocollo@pec.hsanmartino.it](mailto:protocollo@pec.hsanmartino.it) - tel. 010 555 1/01056001

IRCCS Certificato secondo la norma UNI EN ISO 9001:2015 Certificato n. IT248888 BUREAU VERITAS

Certificate of Accreditation and Designation as Comprehensive Cancer Centre OECD Registered Number RPM N. 0473647634

nome medico\_\_\_\_\_