

“MALZONI - Villa dei Platani” S.p.A.
Via C. Errico, 2 - Tel. 0825/7961 - Fax 0825/796226

Avellino lì, _____

Si attesta che in data odierna il/la Sig. _____

nato a _____ il _____

si è presentato presso questa Casa di Cura per essere sottoposto/a

dalle ore _____ alle ore _____ a:

- PRE-RICOVERO
- ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI
- VISITA SPECIALISTICA
- CONTROLLO POST-RICOVERO
- INTERVENTO AMBULATORIALE

Si rilascia su richiesta dell'interessato per gli usi consentiti dalla legge.