

ALL. 4**SCHEMA STRUTTURA**

| | |
|---|--|
| RAGIONE SOCIALE | |
| CODICE FISCALE | |
| PARTITA IVA | |
| LEGALE RAPPRESENTANTE | |
| DIRETTORE SANITARIO | |
| SEDE LEGALE | |
| POSTA ELETTRONICA DI STRUTTURA | |
| PEC | |
| CENTRALINO | |
| SEDE AMBULATORIO | |
| ORARI DI APERTURA AMBULATORIO | |
| TELEFONO PRENOTAZIONI | |
| REFERENTE PRENOTAZIONI | |
| TELEFONO | |
| EMAIL | |
| REFERENTE SANITARIO | |
| TELEFONO | |
| EMAIL | |
| REFERENTE AMMINISTRATIVO – CONTABILE | |
| TELEFONO | |
| EMAIL | |
| C/C BANCARIO IBAN | |

Luogo e data _____

Timbro e Firma leggibile del Legale Rappresentante
