

AZIENDA OSPEDALIERA S. CROCE E CARLE

PRESTAZIONI DI SERVIZI – A.M.O.S. S.C.R.L.

OGGETTO: ☐ SERVIZIO AMMINISTRATIVO DI SUPPORTO ALL'ATTIVITA' DEGLI
AMBULATORI DELLA LIBERA PROFESSIONE

—

Struttura utilizzatrice: LIBERA PROFESSIONE

Le prestazioni nel mese di _____

☐ sono state eseguite regolarmente

☐ non sono state eseguite regolarmente

MOTIVI/
RECLAMI:

DATA_____

**Firma del Responsabile di
Struttura della Committente
(o Suo delegato):**