

Direzione Socio Sanitaria
SSD Gestione Rete Medici Convenzionati Aziendali

PROCEDURA PER IL RILASCIO DEL CODICE REGIONALE PER SOSTITUZIONI MMG/PLS

In occasione della 1° sostituzione trasmettere il relativo modulo, compilato in tutte le sue parti dal titolare e dal sostituto al seguente indirizzo e-mail:

mmg.pls@asl3.liguria.it

insieme al “MODULO RILEVAZIONE DATI”, compilato, timbrato e firmato allegando anche una scansione del tesserino d’iscrizione all’Ordine dei Medici.

IL CODICE REGIONALE VERRA’ COMUNICATO VIA E-MAIL

insieme alle indicazioni per il ritiro dei ricettari ed il rilascio delle credenziali necessarie per la sostituzione.

Si precisa che il numero di telefono indicato dal medico sostituto sul foglio di sostituzione sarà messo a disposizione degli assistiti sul sito web di Asl 3.

MODULO RILEVAZIONE DATI

Ø MEDICO di MEDICINA GENERALE - Ø SPECIALISTA PEDIATRA

Da compilarsi a macchina o in stampatello

Il sottoscritto Dr. _____
cognome nome _____ sesso _____

N. codice regionale _____

nato/a _____
data - luogo - provincia

residente: _____
C.A.P. - comune - indirizzo - numero civico

N. telefonici: _____

E-mail: _____

N. Codice Fiscale: _____ Partita IVA: _____

Codice ENPAM: _____ data laurea: _____ - voto laurea: _____

N. iscr. Albo: _____ data iscr. Albo _____ - data spec/ne: _____
(solo per specialisti pediatri)

tipo di pagamento: _____
(solo per i titolari di convenzione)

Banca: _____
denominazione – agenzia - indirizzo

CODICE IBAN																							
Paese		Check		CIN	ABI					CAB				NUMERO DI CONTO CORRENTE									

Firma e timbro del medico

Genova, _____.