

Codice Fiscale Paziente:

DATI FARMACIA

Indicare la farmacia liberamente scelta dal paziente fruitore del servizio doFar Smart

Denominazione:

Comune:

CAP:

Indirizzo:

N°:

Prov:

DATI MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Indicare i dati del medico di medicina generale del paziente fruitore del servizio doFar Smart

Codice medico:

Cognome:

Nome:

Comune:

CAP:

Indirizzo:

N°:

Prov:

E-Mail:

Telefono:

Cellulare:

Orari Apertura Ambulatorio

| | Dalle | Alle | Dalle | Alle |
|----|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| L: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| M: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| M: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| G: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| V: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| S: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Indirizzo email per richiesta prescrizioni al medico

riportare qui sotto la medesima email indicata nella delega di richiesta delle prescrizioni

E-Mail:

