

Groupe Mutuel Holding SA
Rue des Cèdres 5
CH-1919 Martigny

Buono di delega

Per

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Numero d'assicurato _____

Informo di aver mandato questo paziente dal Dottor :

per un parere da specialista

per il seguente esame specialistico _____

per trattamento e indagine

per un intervento chirurgico / ospedalizzazione

Il presente buono di delega è valido dal _____ al _____

Nome e cognome del medico delegante

Data

Firma