



Buono di delega

Fax 058 / 758 49 86

prestations@groupemutuel.ch

In qualità di medico di primo ricorso (MPR) del(la)

Signora

Signor

bambino

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 MPR: _____

Data: _____

Firma: _____