ALLEGATO MODULO ACCESSO PRESTAZIONE DI PREVENZIONE

Alla cortese attenzione di SMA Modena

Fax: 059236176

Mail: antonella@smamodena.it

Io sottoscritto/a _____ sono a comunicare che intendo accedere alla seguente prestazione di prevenzione

□ Ablazione del tartaro

Chiedo che la prestazione sia effettuata presso _____

La comunicazione di riscontro ed autorizzazione dovrà essere inviata al mio indirizzo mail _____.

Come da piano sanitario, la prestazione dovrà essere da me effettuata entro e non oltre il 31 dicembre 2017.

_____lì_____

In fede_____