

RICHIESTA EROGAZIONE PRESTAZIONI

STRUTTURA RICHIEDENTE	U. O. RICHIEDENTE		
	CONTATTO		
Tipo Consulenza			
Struttura Erogante	ISMETT (190929)	FAX n. 091.2192244	
Tempi di Esecuzione	<input type="radio"/> URGENTE	<input type="radio"/> NON URGENTE	
Luogo di Esecuzione		Codice tariffario	
PAZIENTE			
Nome e Cognome			
Data e Luogo di nascita		Sesso	
Quesito Clinico			
Prestazione Richiesta			
Richiesta all' attenzione di			
DATI A CURA DELLA SEGRETERIA DELL'U.O. RICHIEDENTE			
NUMERO SDO		ASP DI RESIDENZA	
COMUNE RESIDENZA		PROVINCIA	
CODICE FISCALE			
Richiesto il	Medico richiedente		
Prestazione soggetta a codice NSO Sì NO Numero Ordine NSO* Data emissione ordone NSO	<p>*Dal primo gennaio 2022 il <u>Nodo Smistamento Ordini</u> è diventato obbligatorio per tutte le imprese che operano nella qualità di soggetto che presta servizi o fornisce beni in favore di aziende sanitarie pubbliche. In caso di mancata indicazione del numero di ordine NSO/ordine standard nella presente richiesta, sottoscrivendo il presente modulo la struttura sanitaria pubblica/privata richiedente si impegna a regolarizzare la presente richiesta tramite emissione di un ordine NSO/ordine standard valorizzato secondo la tariffe applicate da ISMETT, che con la sottoscrizione del presente documento si intendono approvate, al fine di consentire la regolare fatturazione della prestazione stessa. L'emissione dell'ordine NSO deve avvenire entro e non oltre la fine del trimestre solare di riferimento rispetto alla data di effettuazione di questa prestazione.</p>		
SPAZIO RISERVATO ALLA DIREZIONE SANITARIA STRUTTURA RICHIEDENTE			
Data ___ / ___ / _____	Visto si autorizza (timbro e firma del direttore sanitario)		
AUTORIZZAZIONE DA PARTE DELLA DIREZIONE SANITARIA ISMETT			

Data ___ / ___ / _____	Visto si autorizza (timbro e firma del direttore sanitario)
Medico incaricato	
Note	
La richiesta, autorizzata dalla Direzione Sanitaria dell'Ismett, deve essere inviata al fax n.....	