



MODULO ARTICOLI SANITARI

Il sottoscritto dichiara che l'importo dell'allegato scontrino fiscale (o fattura) è relativo all'acquisto di:

| ARTICOLO | QUANTITA' | PREZZO |
|---------------------------------------------|-----------|--------|
| Calze curative e fasce elastiche | | |
| Scarpe ortopediche | | |
| Plantari | | |
| Bustini, Fasce lombari, Corsetti ortopedici | | |
| Collare post operatorio | | |
| Tutori ed immobilizzatori per articolazioni | | |
| Reggiseni per protesi mammarie | | |
| Copricuscino e coprimaterasso antiacaro | | |

Il presente modulo va accompagnato dalla prescrizione medica.

ATTENZIONE!!! Non modificare e/o aggiungere voci al presente elenco, pena l'annullamento del relativo contributo. USARE UN MODULO PER OGNI FATTURA/SCONTRINO.

La presente dichiarazione viene rilasciata sotto la propria personale responsabilità. Eventuali falsità saranno perseguite ai sensi dell' Art. 485 del C.P. e 640 del C.P. (falsità in scrittura privata e truffa).

Il presente prospetto va compilato dal negoziante o chi per esso, ai sensi dell'Art.31 della Legge 11.03.72 nr.18 e deve contenere in dettaglio le indicazioni del relativo scontrino fiscale.

Fattura/Scontrino numero: _____ del ____/____/_____

Timbro e firma del Negoziante

Data : ____ / ____ / _____
