

# MODULO DISMISSIONE OTLT

CENTRO PRESCRITTORE \_\_\_\_\_

OSPEDALE \_\_\_\_\_

U. O. \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

**OGGETTO: Comunicazione disattivazione fornitura** \_\_\_\_\_

Ai fini dell'interruzione dell'uso del servizio di:

**CONCENTRATORE**

**OSSIGENO LIQUIDO CRIOGENICO**

Si comunica la **DISMISSIONE** della suddetta fornitura a far data dal \_\_\_\_\_ per il SIG.\SIG.RA:

COGNOME: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_

NATO/A IL: \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

RESIDENZA: \_\_\_\_\_

DOMICILIO (se diverso dalla residenza): \_\_\_\_\_

MEDICO DI MEDICINA GENERALE: \_\_\_\_\_

**MOTIVAZIONE (obbligatoria):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

\_\_\_\_\_

