

PRESTAZIONI

FATTURA PER IL PAZIENTE PSICOTERAPIA VVG.

Data della fattura*

N. di fattura*

FORNITRICE/TARE DI PRESTAZIONI

Nome*

N. GLN*

N. ZSR*

Via/n.

E-mail

NPA/Luogo*

Telefono

PAZIENTE

Nome/Cognome*

N. di assicurata/o

Via/n.

Tipo di retribuzione **TG**

NPA/Luogo*

Sesso* maschile femminile

Data di nascita*

Legge **VVG**

Motivo del trattamento

Data dell'incidente

Osservazioni particolari (max 350 lettere):

Data*	Tariffa*	Codice di tariffa*	Descrizione*	Quantità*	Prezzo*	Importo in CHF*
-------	----------	--------------------	--------------	-----------	---------	-----------------

Importo totale in CHF

A VOSTRA DISPOSIZIONE 24 ORE SU 24, 365 GIORNI ALL'ANNO.

Telefono 0800 80 90 80 / swica.ch

