

MODULO 6 (a cura della donna e della ostetrica)

DOMANDA DI RIMBORSO

La sottoscritta presenta numero fatture relative alle prestazioni ricevute dai seguenti professionisti

.....
.....

DATA

Firma

A cura dell'Ostetrica

Dichiaro:

- di aver assistito al parto, insieme alla seconda ostetrica

.....

la Sig.rain data

presso il suo domicilio/Casa Maternità sito/a in

.....

- di aver visitato la puerpera ed il neonato nelle seguenti date:

.....

- che il neonato ha effettuato visita pediatrica

dopo la nascita in data

da parte del/della Dr./Dr.ssa

Firma