

Utente sig./ra Cod.Fisc.

Via n. Città

Tel. e-mail

Prescrizione Medica Dr. data

Prestazioni Specialistiche Poliambulatorio S.Girolamo	N.ro Sedute	Prezzo Unit. €.	Importo totale €.
Visita fisiatrica prima visita		85,00	
Visita fisiatrica di controllo		65,00	
Onde d'urto		70,00	
Prestazioni Fisioterapiche			
Ultrasuonoterapia a massaggio		12,00	
		10,00	
Correnti diadinamiche		10,00	
		10,00	
		10,00	
		10,00	
		10,00	
		10,00	
		10,00	
		10,00	
Elettrostimolazione		10,00	
Tens		10,00	
Magnetoterapia 30'		10,00	
Magnetoterapia 60'		14,00	
Ionoforesi (escluso farmaco)		10,00	
Massoterapia		17,00	
Massaggio drenante		30,00	
Radarterapia		10,00	
Laserterapia		20,00	
Riabilitazione ortopedica 30'		19,00	
		21,00	
		24,00	
		24,00	
Cyclette 30'		4,00	
Imponibile			
marca da bollo			
Totale da versare			

La fattura è rilasciata esibendo il presente modulo quietanzato su Iban IT27 Y083 4054 5800 0000 0405 360 intestato a Fondazione "C.S.A. Cami-Alberini" Onlus