

## Conferma di trasferimento Cassa malati Agrisano SA Modello medico di famiglia AGRI-eco

---

Dichiaro di trasferire il/la paziente:

<b>Nome</b>	<b>Cognome</b>
<b>Data di nascita</b>	<b>Località</b>
<b>No. assicurato Agrisano</b>	

al seguente specialista:

<b>Nome</b>	<b>Cognome</b>
<b>Via</b>	<b>Località</b>

<b>Osservazioni</b>
---------------------

---

Luogo e data

Timbro e firma del medico di famiglia

Questa conferma di trasferimento deve essere **firmata dal medico di famiglia prima del trattamento** dallo specialista e in seguito inviata alla Cassa malati Agrisano SA direttamente dalla persona assicurata.