

COD. DITTA (compilare se già conosciuto)

C.C.

COD. P.A.T. (compilare se già conosciuto)

C.C.

DENUNCIA N°

ASSICURAZIONE APPARECCHI RADIOLOGICI

DATA INIZIO VALIDITA' O DI DECORRENZA DELLA VARIAZIONE

Grid for date of validity or variation

TIPO A

N° MATRICOLA N°

DATA DI DECORRENZA INSTALLAZIONE

DATA CESSAZIONE

N° MATRICOLA N°

DATA DI DECORRENZA INSTALLAZIONE

DATA CESSAZIONE

N° MATRICOLA N°

DATA DI DECORRENZA INSTALLAZIONE

DATA CESSAZIONE

N° MATRICOLA N°

DATA DI DECORRENZA INSTALLAZIONE

DATA CESSAZIONE

VIA,PIAZZA, ... (vedi all. 1)

N. ro

Grid for address and number

C.A.P.

COMUNE

PROV.

NAZIONE (V. Istruz.)

Grid for C.A.P., Comune, Province, and Nationality

E-MAIL

E-mail address grid

N° DI TELEFONO

Grid for telephone number

Totale apparecchi di diagnostica (A)

TIPO B

N° MATRICOLA N°

DATA DI DECORRENZA INSTALLAZIONE

DATA CESSAZIONE

N° MATRICOLA N°

DATA DI DECORRENZA INSTALLAZIONE

DATA CESSAZIONE

N° MATRICOLA N°

DATA DI DECORRENZA INSTALLAZIONE

DATA CESSAZIONE

N° MATRICOLA N°

DATA DI DECORRENZA INSTALLAZIONE

DATA CESSAZIONE

VIA,PIAZZA, ... (vedi all. 1)

N. ro

Grid for address and number

C.A.P.

COMUNE

PROV.

NAZIONE (V. Istruz.)

Grid for C.A.P., Comune, Province, and Nationality

E-MAIL

E-mail address grid

N° DI TELEFONO

Grid for telephone number

Totale apparecchi di terapia (B)

Numero soggetti

RISERVATA INAIL DATA DI PRESENTAZIONE O SPEDIZIONE

FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA DITTA