

# **RICHIESTA DATI PER INCONTINENZA**

Gentili clienti,

Vi richiediamo i seguenti dati per poter fatturare direttamente alla Cassa Malati i mezzi per l'incontinenza, in quanto senza gli stessi saremmo costretti a fatturare al cliente privato.

NOME: .....

COGNOME: .....

INDIRIZZO: .....

LOCALITÀ: .....

TELEFONO: .....

DATA DI NASCITA: .....

MEDICO CURATORE: .....

NOME CASSA MALATI BASE: .....

NR. ASSICURATO: .....

NR. AVS: .....

Inviare il questionario completo a:

**NL NEOLAB SA, Via Résega 1, 6883 Novazzano**

Per qualsiasi chiarimento non esitate a contattarci allo 091 683 03 51 o via e-mail a [info@neolab.ch](mailto:info@neolab.ch)

Vi ringraziamo per la collaborazione.

Cordiali Saluti

**NL NEOLAB SA**