

DELEGA PER ESTENSIONE CONVENZIONE PER L' ANNO 2023/2024
DELLE PRESTAZIONI ESEGUITE PRESSO CENTRO BECCARIA AI FAMILIARI DI PRIMO GRADO
(genitori/coniuge/figli)



Nome Cognome Socio:

.....

Nome Cognome Familiare:

.....

Grado di Parentela:

- GENITORI
- CONIUGE
- FIGLIO

DATA

** è obbligatorio presentare la delega al momento dell'accettazione della prestazione sanitaria.