

<i>Prestazioni accettate</i>	<i>Euro</i>	
COLESTEROLO HDL	3,00	
AZOTEMIA	1,13	Convenzione SSN
GLICEMIA	1,17	Convenzione SSN
ACIDO URICO EMATICO	1,13	Convenzione SSN
COLINESTERASI	8,00	
VES	1,95	Convenzione SSN
URINE, ESAME DELLE	2,17	Convenzione SSN
COLESTEROLO LDL	3,00	
Totale Ticket	7,55	
Quota Ricetta	14,00	
ANTITROMBINA III	12,00	
SODIO EMATICO	1,02	Convenzione SSN
POTASSIO EMATICO	1,02	Convenzione SSN
CLORO EMATICO	1,13	Convenzione SSN
CALCIO EMATICO	1,13	Convenzione SSN
CREATININA EMATICA	1,13	Convenzione SSN
FIBRINOGENO	2,67	Convenzione SSN
COLESTEROLO TOTALE	1,04	Convenzione SSN
Totale Ticket	9,14	
Quota Ricetta	14,00	
OMOCISTEINA	25,00	
PTT	10,00	
PSA	7,41	Convenzione SSN
TRIGLICERIDI	1,17	Convenzione SSN
EMOCROMOCITOMETRICO	3,17	Convenzione SSN
AST/GOT	1,04	Convenzione SSN
ALT/GPT	1,00	Convenzione SSN
PROTROMBINA, TEMPO	2,85	Convenzione SSN
PRELIEVO VENOSO	2,58	Convenzione SSN
Totale Ticket	19,22	

Il presente tagliando vale come delega solo se compilato nella sua interezza.

Io sottoscritto Sig. _____ Doc n° _____

delego il Sig. _____ Doc n° _____

al ritiro delle analisi da me effettuate presso questa struttura.

Firma _____