

CENTRO DIALISI
di.....
.....

Oggetto: certificazione

Si certifica che per il mese di201.....

Il/la sig./ranato/a il.....

ha effettuato N° ____ sedute emodialitiche presso il nostro centro nei giorni sottodescritti:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.
15.(extra)
16.(extra)
17.(extra)
18.(extra)

Il Responsabile

.....