Allegato D

ELENCO CONTRATTI ADP CHE SI INTENDONO RINNOVARE PER L'ANNO ……	
DISTRETTO:	**MMG:**

COGNOME/NOME PAZIENTE	DATA DI NASCITA

Data	
Timbro e firma ROAD	Timbro e firma MMG

DA CONSEGNARE ENTRO E NON OLTRE IL 31 GENNAIO