

Modulo per la farmacia LAINF

Numero di sinistro

Impresa	Nome e indirizzo con NPA	Tel. N.	No. del contratto					
	Abituale posto di lavoro dell'infortunato(a) (ramo d'impresa)							
Infortunato(a)	Cognome e nome	Data di nascita	N. AVS					
	Via							
	NPA Domicilio							
<table border="1"> <tr> <td>Data dell'infortunio</td> <td>Giorno</td> <td>Mese</td> <td>Anno</td> <td>Alle ore (ora, minuti)</td> </tr> </table>				Data dell'infortunio	Giorno	Mese	Anno	Alle ore (ora, minuti)
Data dell'infortunio	Giorno	Mese	Anno	Alle ore (ora, minuti)				

Avvertenze per l'infortunato/a

I medicinali prescritti dal medico le saranno consegnati gratuitamente dal farmacista, dietro consegna di questo modulo. Tutti i medicinali devono essere ritirati presso la medesima farmacia.

Avvertenze per il farmacista

Le preghiamo di spedire questa nota al termine della cura medica - al massimo tre mesi dopo la data dell'infortunio - all'assicurazione.

Un nuovo modulo potrà essere chiesto direttamente all'assicurazione, se

- lo spazio per l'indicazione delle forniture non è sufficiente;
- dopo tre mesi sono necessari ulteriori medicinali.

Fattura della farmacia

Data della fornitura	Natura e quantità dei medicinali forniti	Prezzo	
		CHF	Cts.

Allegare le ricette p.f.

Totale

Data:

Timbro della farmacia:

3	Code				
---	------	--	--	--	--

No CCP o banca e IBAN

Se il conteggio avviene per mezzo dell'OFAC: 35-1

Copia a: Infortunato → Farmacia → Assicurazione