

Scelto



**Distretto Di ENNA  
Modulo di scelta dell'Home care provider**

**Il/La sottoscritto.....nato/a.....(prov.....)**

**il.....codice fiscale.....residente a.....**

**Via.....**

**Dichiara**

**Di scegliere in assoluta libertà come Home Care Provider per la fornitura domiciliare di ossigeno liquido la Ditta contrassegnata dalla crocetta:**

Società	Numero verde	Tel.	Fax
VITALAIRE	800863062	095/7550600	0922/839120 0922730942
LINDE MEDICALE	800685675	06/22896252	06/22896252
SAPIO LIFE	800018392	0922/441886	0922591580
MEDICAIR	800054762	095/7357298	02/93282353 02/93282690 091/8140003
R.T.I.SICO-SOM-ISIMED	800968996	095/7815040	095/969972 02/96248958
R IVOIRA PHARMA	800113310	090/2983919	0933/50033 → 090/298391
VIVISOL	800832004	095/291608 091/8932005	095/292328

**Si impegna altresì a comunicare o far comunicare da un suo delegato ogni eventuale interruzione/sospensione della terapia sia all'Home Care Provider che, contestualmente all'ASP(sull'apposito modulo)**

**Data.....**

**Firma.....**

**Visto, si autorizza**

.....