



ASL NOVARA
S.S.V.Dip.ALLERGOLOGIA
Responsabile Dott . CANTONE

NOME _____ COGNOME _____

NATO A _____ IL _____

Telefono _____ e-mail/fax a cui trasmettere cod SGP _____

SGP: codice di 12 cifre per pagamento on line

RESIDENZA _____ VIA _____

CODICE VACCINO _____
(riportare interamente il codice del vaccino)

IMPORTO DA VERSARE: € _____

Sede in cui si desidera recuperare il vaccino:

CAP Arona	<input type="checkbox"/>	Distretto di Biandrate	<input type="checkbox"/>
Allergologia Borgomanero	<input type="checkbox"/>	Novara viale Roma	<input type="checkbox"/>
Distretto Galliate	<input type="checkbox"/>	Poliambulatorio di Trecate	<input type="checkbox"/>
Distretto Oleggio	<input type="checkbox"/>	Centro Prelievi Ghemme	<input type="checkbox"/>

Per ore e giorni di distribuzione vedere foglio denominato **PROCEDURA PER UTENTI** che richiedono **VACCINOTERAPIA ON-LINE**

MODALITA' di PAGAMENTO: on line come da indicazioni poste sulla HOME PAGE del sito aziendale.
In caso di pagamento con bonifico bancario CC **IBAN IT61E055841010200000000222** oppure tramite Home banking versare sul CC precedentemente citato con causale "nome e cognome e codice vaccino" (**DATI OBBLIGATORI**)

ISTRUZIONI: il paziente, effettuato il pagamento dell'importo indicato entro 15 giorni dal ricevimento del codice SGP, deve inviare la quietanza di pagamento, al seguente indirizzo di posta elettronica: allergo.bor@asl.novara.it oppure al numero di fax **0322.848590**. Dopo l'invio della quietanza trascorreranno almeno 45 giorni prima della consegna del vaccino. **L'allergologia vi contatterà per procedere al ritiro al numero di telefono da Voi specificato presso la sede da Voi indicata.**

La richiesta della confezione di mantenimento della vaccinoterapia presuppone che la stessa sia stata tollerata senza problemi al dosaggio prescritto dallo Specialista in sede di visita di controllo da fare almeno una volta l'anno.