

CENTRO DI MEDICINA DELLO SPORT

Laboratorio di Fisiopatologia delle Attività Motorie

Direttore Dott. Prof. Luigi R. Collarini



ASSC
Azienda Speciale di Servizi
di Casalpusterlengo

Con la presente si richiede il pagamento da parte del/la sig./sig.ra

COGNOME _____ NOME _____

nato a _____ il giorno _____

Codice fiscale _____

Residente a _____ provincia _____

in via/piazza _____ n. _____

per **CERTIFICATO DI BUONA SALUTE (BS)** per **€ 35.00**

da effettuarsi presso il Centro di Medicina dello Sport con sede all'AO di Casalpusterlengo.

