



CSS

Assicurazione

Per gli assicurati INTRAS con assicurazione FIRST MED

## Conferma di trasferimento

### Con la presente trasferisco la mia/il mio paziente

Nome

Cognome

Data di nascita

Abitante a

### al seguente specialista

Nome

Cognome

Via / Numero civico

NPA / Località

Data di rilascio

Timbro e firma del medico di famiglia

Numero cliente INTRAS

Firma paziente risp. persona assicurata oppure suo rappresentante legale

La presente conferma di trasferimento dovrà essere fatta pervenire alla INTRAS entro **10 giorni dall'inizio del trattamento presso il medico specialista.**

INTRAS  
Contact Center  
Casella postale  
6002 Lucerna