

## FAC SIMILE TARGA STUDIO ASSOCIATO/COOPERATIVA/STP

MAX 60 cm

MAX 50 cm



### **“DENOMINAZIONE”** STUDIO ASSOCIATO/ COOPERATIVA/ SOCIETÀ TRA PROFESSIONISTI

Degli infermieri ..... (e associati).

Orari di apertura (opzionale)

Parere di conformità della pubblicità sanitaria ai canoni di correttezza dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Lecco.

Autorizzazione all'esercizio rilasciata dall'amministrazione sanitaria n° .... del ..... (se necessario).

## FAC SIMILE TARGA AMBULATORIO INFERMIERISTICO

MAX 60 cm

MAX 50 cm



### **AMBULATORIO INFERMIERISTICO**

Infermiere referente: .....

Iscritto all'OPI di ..... al n° .....

Orari di apertura (opzionale)

Si riceve solo su appuntamento (opzionale)

Parere di conformità della pubblicità sanitaria ai canoni di correttezza dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Lecco.

Autorizzazione all'esercizio rilasciata dall'amministrazione sanitaria n° .... del ..... (se necessario).

## FAC SIMILE TARGA SINGOLO PROFESSIONISTA

MAX 60 cm



**INFERMIERE**  
NOME E COGNOME

Orari di apertura (opzionale)

Si riceve solo su appuntamento (opzionale)

Parere di conformità della pubblicità sanitaria ai canoni di correttezza dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Lecco.

Autorizzazione all'esercizio rilasciata dall'amministrazione sanitaria n° .... del ..... (se necessario).

MAX 50 cm