

Portale del Medico - Servizio di assistenza

RICHIESTA DI ASSISTENZA

Tutti i campi contrassegnati con * sono obbligatori.

Nome e Cognome *
nominativo.

Inserisci il tuo

ASL di convenzione *

Selezionare la ASL con la quale si è convenzionati.

Email * Inserire il proprio indirizzo e-mail.

PEC Inserire il proprio indirizzo di PEC.

Descrizione della problematica *

Descrivi in modo chiaro ed esaustivo la Tua problematica.

Source URL: <http://sanita.regione.abruzzo.it/pdm-help>

