**ALLEGATO 2**

(Compilare solo per inserimento in elenco al punto 1 **Sanitarie e** **Centri Riabilitativi**)

|  |
| --- |
| **Elenco dei fornitori di ausili e presidi ortopedici autorizzati all’accesso alle strutture dell’Azienda USL di Bologna** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***Compilano le Sanitarie*** | ***Compilano i Centri Riabilitativi*** |
| ***DITTE AUTORIZZATE*** | ***INDIRIZZO*** | ***REFERENTE*** | ***CATEGORIA AUSILIO/PRESIDIO******(CLASSI E TIPOLOGIE)*** | ***DESCRIZIONE AUSILIO/ATTIVITA'*** ***max 10 righe*** | ***Ptda Lombalgia***  | ***Accreditato***  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |