**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*** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |