

DENOMINAZIONE DITTA _____

LOTTO N. _____

**CONFERIMENTO DEL SERVIZIO DI SUPPORTO GESTIONALE AI SISTEMI DI RISONANZA MAGNETICA DEI PP.OO. DI CASALE
MONFERRATO, TORTONA E NOVI LIGURE – MESI 12**

ID SINTEL N. 195359919

| | NOME | COGNOME | DATA E LUOGO DI NASCITA | INDIRIZZO DI RESIDENZA | N. TELEFONO | ISCRITTO ALL'ORDINE DEI MEDICI SEDE | NUMERO DI ISCRIZIONE |
|----|-------------|----------------|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------|--|---------------------------------|
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | |

