

# STAMPA PRODOTTA DALLA TRANSAZIONE ESEGUITA SUL SISTEMA TESSERA SANITARIA

Regione Lazio  
Lazio BMT

**TESSERA SANITARIA**

**Codice Fiscale** NDRPLA67D14H501E **Data di scadenza** 01/03/2027

**Cognome** ANDREANI **Sesso** M

**Nome** PAOLO

**Luogo di nascita** ROMA

**Provincia** RM

**Data di nascita** 14/04/1967

**TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA**

**Cognome** ANDREANI **Data di nascita** 14/04/1967

**Nome** PAOLO

**Codice Fiscale** NDRPLA67D14H501E **SSN-MIN SALUTE - 500003**

**Numero di identificazione della tessera** 80380001200315152227 **Data di scadenza** 01/03/2027

N.B. L'immagine potrebbe non rappresentare fedelmente il supporto della Tessera, ma ha il solo scopo di permettere l'acquisizione ottica del Codice Fiscale presso gli erogatori di servizi sanitari.

