

Antrag um Ausstellung der Genehmigung für die Vergütung von Ausgaben für orthodontische und kieferorthopädische Prothesen und Orthesen für Menschen mit Behinderung

**Beschluss der Landesregierung von
30.09.2013 Nr.1414**

**Ersatzerklärung im Sinne des Artikels 5
des L.G. Nr. 17/93, in geltender Fassung**

Domanda per il rilascio dell'autorizzazione per il rimborso delle spese sostenute per l'acquisto e l'applicazione di protesi e ortesi ortodontiche e maxillo-facciali per persone con disabilità

**Deliberazione della Giunta Provinciale. del
30.09.2013 nr. 1414**

**Dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'articolo 5 della
L.P. n. 17/93 e successive modifiche ed integrazioni**

Der/Die unterfertigte Antragsteller/in | Il/La sottoscritto/a richiedente:

Nachname und Vorname | cognome e nome

geboren am | nato/a il

geboren in | nato/a a

Steuernummer | codice fiscale

wohnhaft in | residente a

PLZ | CAP

Gemeinde | comune

Adresse | indirizzo

Straße, Fraktion, Platz, usw. | via, frazione, piazza, ecc.

Nr. | n.

Tel. Nr. | n. tel.

E-Mail | e-mail

Zertifizierte E-Mail (PEC) | posta elettronica certificata (PEC)

lebt allein und teilt die Kosten nicht mit anderen | vive da solo/a e non condivide le spese con altri

**beantragt
die betreffende Genehmigung**

**chiede
il rilascio dell'autorizzazione di cui in oggetto**

für sich | per sé

für folgendes Familienmitglied | per il seguente familiare

Verwandtschaftsgrad mit dem/der Antragsteller/in | grado di parentela con il/la richiedente

Nachname und Vorname | cognome e nome

geboren am | nato/a il

geboren in | nato/a a

Steuernummer | codice fiscale

wohnhaft in | residente a

PLZ | CAP

Gemeinde | comune

Adresse | indirizzo

Straße, Fraktion, Platz, usw. | via, frazione, piazza, ecc.

Nr. | n.

Es wird ersucht die Vergütung auszubezahlen mittels:

Si chiede di corrispondere il rimborso tramite:

Überweisung auf folgendes Bankkonto | bonifico sul seguente conto corrente bancario:

IBAN

Name der Bank-Filiale | Nome della Banca/Agenzia:

laureandi auf | intestato a:

Für die Lieferung der Prothese wählt er/sie die Firma:**Per la fornitura della protesi sceglie la ditta:**

Er/sie legt diesem Ansuchen bei:

1. die Verordnung des Facharztes in Kieferchirurgie oder Stomatologie des Südtiroler Sanitätsbetriebes;
2. mindestens zwei detaillierte Kostenvoranschläge mit entsprechender Diagnose und Angabe der Behandlungsdauer;
3. Unterlagen über das erlittene Trauma im Gesichtsbereich oder den Eingriff wegen neoplastischer Krankheit im kieferorthopädischen Bereich (für Personen, die ein Trauma erlitten haben oder einem chirurgischen Eingriff unterzogen wurden).

Alla presente allega:

1. prescrizione del medico specialista in chirurgia maxillo-facciale o in stomatologia dipendente dell'azienda Sanitaria dell'Alto Adige;
2. almeno due preventivi di spesa dettagliati con relativa diagnosi e durata del trattamento;
3. documentazione attestante il traumatismo facciale o l'intervento per patologia neoplastica in ambito maxillo-facciale (per coloro che hanno subito un trauma o un intervento chirurgico)

Für die Erfassung des Einkommens erklärt er/sie, dass die eigene Familie¹ aus folgenden zusätzlichen Mitgliedern besteht:**Ai fini della determinazione del reddito dichiara che il proprio nucleo familiare¹ è composto dai seguenti ulteriori componenti:**

Ehegattin/Ehegatte/zusammenlebender Lebensgefährte/zusammenlebende Lebensgefährtin | coniuge/partner convivente

Nachname und Vorname | cognome e nome

geboren am | nato/a il

geboren in | nato/a a

Steuernummer | codice fiscale

Verwandtschaftsgrad mit dem/der Antragsteller/in | grado di parentela con il/la richiedente

Nachname und Vorname | cognome e nome

geboren am | nato/a il

geboren in | nato/a a

Steuernummer | codice fiscale

Verwandtschaftsgrad mit dem/der Antragsteller/in | grado di parentela con il/la richiedente

Nachname und Vorname | cognome e nome

geboren am | nato/a il

geboren in | nato/a a

Steuernummer | codice fiscale

Verwandtschaftsgrad mit dem/der Antragsteller/in | grado di parentela con il/la richiedente

Nachname und Vorname | cognome e nome

geboren am | nato/a il

geboren in | nato/a a

Steuernummer | codice fiscale

Verwandtschaftsgrad mit dem/der Antragsteller/in | grado di parentela con il/la richiedente

Nachname und Vorname | cognome e nome

geboren am | nato/a il

geboren in | nato/a a

Steuernummer | codice fiscale

Bozen | W. A. Loew Cadonnaplatz 12 | Tel. 0471 439 122 | sprengel.bozen@sabes.it
 Meran | Romstr. 3 | Tel. 0473 496 706 | sprengel.meran@sabes.it
 Brixen | Domplatz 12/A | Tel. 0472 813 640 | sprengel.brixen@sabes.it
 Bruneck | Paternsteig 3 | Tel. 0474 586 506 | sprengel.bruneck@sabes.it
<http://www.sabes.it>
 Südtiroler Sanitätsbetrieb
 St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

Bolzano | P.zza W. A. Loew Cadonna, 12 | tel. 0471 439 122 | distretto.bolzano@sabes.it
 Merano | Via Roma, 3 | tel. 0473 496 706 | distretto.merano@sabes.it
 Bressanone | P.zza Duomo 12/A | tel. 0472 813 640 | distretto.bressanone@sabes.it
 Brunico | Vicolo dei Frati, 3 | tel. 0474 586 506 | distretto.brunico@sabes.it
<http://www.asdaa.it>
 Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
 Cod. fisc./P. IVA 00773750211

Er/sie erklärt, dass

- für alle Familienmitglieder die „Einheitliche Einkommens- und Vermögenserklärung“ EEEV abgegeben worden ist.
- sich die Familie wie folgt zusammensetzt:
 - aus einem oder mehreren minderjährigen Kindern und beiden Eltern
 - aus einem Elternteil mit dem/der Ehegatten/-in oder dem/der zusammenlebenden Partner/in
 - dem/der Alleinerzieher/in

und diese im Bezugszeitraum der EEEV einer abhängigen, selbständigen oder unternehmerischen Tätigkeit nachgegangen sind, mit einem Einkommen für jeden von mindestens 10.000,00 Euro (gemäß EEEV-Kriterien).

ja

nein

Der/die Antragsteller/in ist damit einverstanden, dass die im Informationssystem EEEV gespeicherten einheitlichen Einkommens- und Vermögensklärungen aller Familienmitglieder für diesen Antrag verwendet werden.

Kurze Datenschutzerklärung

Als Verantwortlicher der Verarbeitung der personenbezogenen Daten verweist der Südtiroler Sanitätsbetrieb für Informationen betreffend die von den Artikeln Art. 13 und 14 der EU-Verordnung 2016/679 vorgesehene Datenverarbeitung, die nach Erhalt des vorliegenden Formulars erfolgt ist, auf das allgemeine und vollständige Informationsschreiben unter folgendem Link [Informationen zum Schutz personenbezogener Daten | Südtiroler Sanitätsbetrieb](#). Zwecks Ausübung der von Art. 15 bis 22 der oben genannten Verordnung vorgesehenen Rechte, können Sie sich an privacy@sabes.it (Datenschutzsteuerungsgruppe, bestehend aus dem DPO und dem Datenschutzreferenten) wenden, oder Beschwerde bei der Datenschutzbehörde oder Rekurs bei Gericht einreichen, gemäß Art. 140 des GvD 193/03.

Ort und Datum

leserliche Unterschrift des/der Antragstellers/-in

Lui/lei dichiara che

- per tutti i componenti del proprio nucleo familiare è stata rilasciata la "Dichiarazione Unificata di Reddito e Patrimonio" DURP.
- il nucleo familiare è composto da:
 - uno o più figli minorenni ed entrambi i genitori
 - il genitore ed il/la coniuge o il/la partner convivente
 - il genitore singolo

hanno svolto, nel periodo di riferimento della DURP, attività di lavoro dipendente, di lavoro autonomo o d'impresa, con un reddito considerato ai fini della DURP di un importo di almeno 10.000,00 euro ciascuno.

si

no

Il/La richiedente acconsente che per la presente domanda siano utilizzate le dichiarazioni unificate di reddito e patrimonio di tutti i componenti del proprio nucleo familiare, presenti nell'apposito sistema informatico DURP

Informativa privacy sintetica

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, Titolare del trattamento dei dati personali rimanda per le informazioni relative al trattamento dei dati personali prevista dagli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 che viene svolto a seguito della ricezione del presente modulo, all'informativa generale ed estesa pubblicata sul seguente link [Informazioni sulla protezione dei dati personali | Azienda Sanitaria dell'Alto Adige](#). Ai fini dell'esercizio dei diritti previsti dagli articoli da 15 a 22 del suindicato Regolamento l'interessato può rivolgersi a privacy@sabes.it (Cabina di regia privacy composta dal DPO e dal Referente Privacy), oppure proporre reclamo al Garante Privacy o ricorso dinanzi all'Autorità Giudiziaria, ai sensi dell'articolo 140 bis del Decreto Legislativo 196/03

Luogo e data

firma leggibile del/della richiedente

Es wird darauf hingewiesen, dass die Rechnung nachträglich zur Ermächtigung durch den Sanitätsbetrieb ausgestellt werden muss. Die Rechnungslegung für die Auszahlung des Betrags muss innerhalb von drei Jahren ab Ermächtigung bei sonstigem Verfall erfolgen, außer in besonderen Fällen, die vom behandelnden Arzt begründet werden muss.

Der Abrechnung sind zusätzlich zur Originalrechnung die Unterlagen über die geleisteten Zahlungen beizulegen, ebenso wie die Dokumentation, welche die Zahlung nachweist. Alle Ausgabenbelege müssen auf den Namen der Person lauten, welcher die Ausgaben erstattet werden.

Si ricorda che la fattura deve essere emessa successivamente all'autorizzazione da parte dell'Azienda Sanitaria. La fattura per il pagamento dell'importo deve essere emessa entro tre anni dall'autorizzazione, pena la decadenza, salvo casi particolari che devono essere giustificati dal medico curante.

La fattura deve essere accompagnata dalla documentazione dei pagamenti effettuati, nonché dalla documentazione comprovante l'avvenuto pagamento. Tutte le ricevute di spesa devono essere intestate alla persona a cui vengono rimborsate le spese

Bozen | W. A. Loew Cadonnaplatz 12 | Tel. 0471 439 122 | sprengel.bozen@sabes.it
Merano | Romstr. 3 | Tel. 0473 496 706 | sprengel.merano@sabes.it
Brixen | Domplatz 12/A | Tel. 0472 813 640 | sprengel.brixen@sabes.it
Bruneck | Paternsteig 3 | Tel. 0474 586 506 | sprengel.bruneck@sabes.it
<http://www.sabes.it>
Südtiroler Sanitätsbetrieb
St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

Bolzano | P.zza W. A. Loew Cadonna, 12 | tel. 0471 439 122 | distretto.bolzano@sabes.it
Merano | Via Roma, 3 | tel. 0473 496 706 | distretto.merano@sabes.it
Bressanone | P.zza Duomo 12/A | tel. 0472 813 640 | distretto.bressanone@sabes.it
Brunico | Vicolo dei Frati, 3 | tel. 0474 586 506 | distretto.brunico@sabes.it
<http://www.asdaa.it>
Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Cod. fisc./P. IVA 00773750211

¹Zusammensetzung der Kernfamilie laut Artikel 12 des Dekretes des Landeshauptmannes der Autonomen Provinz Bozen, Nr. 2 vom 11.01.2011

- a) Die Person, für welche die Leistung in erster Linie bestimmt ist (Leistungsempfänger/in);
- b) Der/die Ehegatte/-in des/der Leistungsempfängers/-in, sofern nicht gesetzlich getrennt, oder ihr/seine Lebensgefährtin/-in sofern er bzw. sie im gemeinsamen Haushalt lebt.
- c) Bei minderjährigen Leistungsempfängern/-innen die Personen, welche die elterliche Gewalt, auch getrennt ausüben, sowie ihre Ehegatten oder die im gemeinsamen Haushalt lebenden Lebensgefährten;
- c/bis) Bei Leistungsempfängern/-innen unter 26 Jahren mit einem EEEV relevanten jährlichen Einkommen von nicht mehr als 10.000,00 €, die Eltern oder der Elternteil, sowie der/die Ehegatte/-in oder der/die im gemeinsamen Haushalt lebende Lebensgefährtin/-in des Elternteils, sofern der/die Leistungsempfänger/in studiert oder im gemeinsamen Haushalt lebt;
- d) Wenn der/die Leistungsempfänger/in steuerrechtlich zu Lasten einer Person lebt, diese Person sowie ihr/seine Ehegatte/-in oder ihr/seine Lebensgefährtin/-in, sofern der/die Lebensgefährtin/-in im selben Haushalt lebt;
- e) Die minderjährigen Kinder von einem der oben angeführten Mitglieder, sofern sie im gemeinsamen Haushalt leben;
- e/bis) Kinder unter 26 Jahren mit einem EEEV relevanten jährlichen Einkommen von nicht mehr als 10.000,00 €, sofern sie studieren oder mit den Eltern oder dem Elternteil im gemeinsamen Haushalt leben.
- f) Alle anderen Personen, die steuerlich zu Lasten von einem der oben angeführten Mitglieder sind.

Falls der/die Leistungsempfänger/in verheiratet ist oder eigene Kinder hat, so bildet er/sie gemeinsam mit dem/der Ehegatten/-in bzw. dem/der im gemeinsamen Haushalt lebenden Lebensgefährten/-in, den Kindern und den weiteren steuerlich zu Lasten lebenden Personen eine eigene Familiengemeinschaft.

Um zu beurteilen, ob eine Person als zu Lasten gilt und somit zur Kernfamilie gehört oder nicht, dient derselbe Zeitbezug wie für die EEEV.

Für die Tatsache, ob jemand zusammenlebt, zählt der effektive Zustand und nicht der Familienbogen.

Die volljährigen Kinder mit einem Alter unter 26 Jahren werden, auch wenn sie nicht mehr steuerlich zu Lasten der Eltern sind, weiterhin gemeinsam mit der Familie der Eltern berücksichtigt, sofern die folgenden Bedingungen erfüllt sind:

Sie nicht mehr als 10.000,00 € Einkommen laut EEEV haben und zum Zeitpunkt der Antragstellung bzw. der Ausstellung der FWL Bescheinigung, bei den Eltern leben oder bei einer Bildungseinrichtung, unabhängig welchen Grades, eingeschrieben sind.

¹Composizione del nucleo familiare di base ai sensi dell'articolo 12 del decreto del Presidente della Provincia Autonoma di Bolzano, n. 2 del 11.01.2011

- a) La persona che è la principale beneficiaria della prestazione (utente);
- b) il/la coniuge dell'utente purché non legalmente separato/a, o il/la partner dell'utente, solo qualora l'utente e il/la partner siano conviventi;
- c) nel caso di utente minorenni, chi esercita la potestà genitoriale, anche disgiuntamente, nonché l'eventuale coniuge o partner convivente della persona che esercita la potestà genitoriale;
- c/bis) nel caso di utente di età inferiore a 26 anni con un reddito considerato ai fini della DURP non superiore a 10.000,00 € annui, i genitori o il genitore nonché l'eventuale coniuge o partner convivente del genitore stesso, qualora l'utente sia studente o con essi/esso convivente.
- d) nel caso in cui l'utente sia fiscalmente a carico, la persona di cui lo stesso/la stessa è a carico nonché la sua/il suo coniuge o partner convivente;
- e) le figlie e i figli minorenni di uno/una dei componenti sopra elencati, qualora con esso/essa conviventi;
- e/bis) le figlie e i figli di età inferiore a 26 anni, con un reddito considerato ai fini della DURP non superiore a 10.000,00 € annui, che siano studenti o conviventi con i genitori o il genitore.
- f) altre persone fiscalmente a carico di uno/una dei componenti sopra elencati;

Nel caso in cui l'utente sia coniugato o abbia figli/figlie propri, esso costituisce comunque, assieme al coniuge oppure al partner convivente, ai loro figli e alle altre persone fiscalmente a loro carico, un distinto nucleo familiare.

Per valutare se una persona deve essere considerata come componente del nucleo fiscalmente a carico, deve essere considerato lo stesso riferimento temporale della DURP.

La convivenza non deve essere considerata sulla base dello stato di famiglia, bensì sulla base della situazione di fatto.

Il giovane maggiorenne, di età inferiore a 26 anni, si considera assieme al nucleo familiare dei genitori anche se non fiscalmente a carico, purché sussistano le seguenti condizioni:

Disponga di un reddito considerato ai fini della DURP non superiore a 10.000,00 € e al momento della presentazione della domanda o della richiesta di rilascio dell'attestazione VSE, conviva con i genitori, oppure risulti iscritto ad un istituto d'istruzione di qualsiasi grado.

Folgende Pathologien, die vom behandelnden Arzt bestätigt werden müssen, werden in Betracht gezogen

1. Angeborene Fehlbildungen des Kiefer- und Gesichtsschädelbereiches mit signifikanten Funktionseinschränkungen einschließlich:
 - a) Lippen-Kiefer-Gaumenspalten (LKG): Kieferorthopädie und entsprechende prothetische Versorgungen während des Wachstums,
 - b) Patientinnen und Patienten nach Lippen-Kiefer-Gaumenspalten-Behandlung im Erwachsenenalter, einschließlich kieferorthopädischer Behandlungen und prothetischer Versorgungen bis zu einem Alter von 30 Jahren, die zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht vollendet sein dürfen;
 - c) Pierre-Robin-Syndrom: Behandlungen während des Wachstums sowie Patientinnen und Patienten im Erwachsenenalter, bis zu einem Alter von 30 Jahren, die zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht vollendet sein dürfen,
 - d) Dysostosen im Gesichtsschädelbereich (Apert-Syndrom, Crouzon-Syndrom, Pfeiffer-Syndrom, Saethre-Chatzen-Syndrom, Treacher-Collins-Syndrom, Goldenhar-Syndrom);
 - e) Hypertelorismus;
 - f) Fehlbildungen, die auf Entwicklungsstörungen des I. und II. Kiemenbogens zurückzuführen sind (hemifaziale Mikrosomie);
 - g) Personen mit Down-Syndrom mit kieferorthopädischer Behandlungsnotwendigkeit Grad 4 – 5 nach IOTN (Index of Treatment Need nach Brook und Shaw);
 - h) ausgedehnte Hypodontie (mindestens acht fehlende Zähne) mit schwerer funktioneller Einschränkung; von der Berechnung der fehlenden Zähne werden die Weisheitszähne ausgeschlossen;
 - i) ausgedehnte Amelogenese imperfecta, die mindestens die Hälfte der Zähne betrifft.

2. Trauma Spätfolgen, die funktionelle Einschränkungen des Kauystems bewirken: Patientinnen und Patienten nach Gesichtsschädelfrakturen mit Zahnverlusten und Indikation zur prothetischen Rehabilitation. Ziel ist in erster Linie die Wiederherstellung der prätraumatischen Kaufunktion. Eine etwaige Verwendung von Implantaten ist zulässig bei traumatischem Verlust der gesunden Zähne in ästhetisch besonders relevanten Bereichen.

Zwischen dem Zeitpunkt des Unfalls und jenem der Antragstellung dürfen nicht mehr als zwei Jahre vergangen sein; der Beitrag wird nur einmal gewährt. Davon ausgeschlossen sind Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und für die korrekturen orthodontischen Behandlungen zur etwaigen Behebung der Folgen des traumatischen Ereignisses vorgesehen werden können.

Ausgeschlossen sind auch orthodontische Behandlungen zur Korrektur einer vor dem Trauma bestehenden skelettalen und dentalen Malokklusion oder einer Zahnfehlstellung. Im Anschluss an die Behandlung kann eine prothetische Rehabilitation erfolgen, die sich nach den geltenden Bestimmungen für erwachsene Patientinnen und Patienten richtet.

Le misure di rimborso interessano le seguenti patologie, che devono essere confermate dal medico curante:

1. malformazioni congenite cranio-maxillo-facciali con gravi alterazioni funzionali comprendenti:
 - a) abiopalatoschisi con i relativi trattamenti ortodontico-protesici in fase di crescita;
 - b) esiti di labiopalatoschisi in età adulta, compresi i trattamenti ortodontico-protesici fino all'età di 30 anni non compiuti al momento della presentazione della domanda;
 - c) sindrome di Pierre-Robin: trattamenti in fase di crescita ed esiti in età adulta fino all'età di 30 anni non compiuti al momento della presentazione della domanda;
 - d) disostosi cranio-facciali (sindrome di Apert, sindrome di Crouzon, sindrome di Pfeiffer, sindrome di Saethre-Chatzen, sindrome di Treacher-Collins, sindrome di Goldenhar);
 - e) iperteleorbitismo;
 - f) sindromi del I e II arco branchiale (microsomia emifacciale);
 - g) persone con sindrome di Down con indice di necessità al trattamento ortodontico IOTN di 4 e 5 (IOTN Index of Treatment Need sec. Brook e Shaw);
 - h) ipodontia estesa (mancanza di almeno otto denti) con grave deficit funzionale; sono esclusi dal calcolo dei denti mancanti i denti del giudizio;
 - i) amelogenesi imperfetta estesa che coinvolga almeno il 50 per cento degli elementi dentari.

2. Patologie post-traumatiche che portano ad un deficit funzionale dell'apparato stomatognatico: esiti di fratture cranio-maxillo-facciali con perdita di elementi dentari ed indicazione alla riabilitazione protesica. La riabilitazione protesica deve essere principalmente volta a ripristinare la situazione oclusale precedente al trauma. L'eventuale utilizzo di fixture implantari è consentito in caso di perdita traumatica di elementi sani in settori ad elevata valenza estetica

L'evento traumatico non deve essere anteriore a due anni dalla data della richiesta e il contributo viene concesso una sola volta.

Sono esclusi i pazienti e le pazienti in età pediatrica che non abbiano compiuto il 18° anno di età al momento della presentazione della domanda, per i quali possono essere previsti trattamenti ortodontici correttivi finalizzati ad eventuali correzioni correlate all'evento traumatico

Sono inoltre esclusi trattamenti ortodontici atti a correggere malocclusioni dento-scheletriche o affollamenti dentali precedenti al trauma. Successivamente potrà essere prevista una riabilitazione protesica, secondo le disposizioni vigenti per le pazienti e i pazienti adulti

3. Funktionelle Rehabilitation des Kausystems bei Patientinnen und Patienten mit neoplastischen Erkrankungen im Kopf- und Halsbereich. Patientinnen und Patienten nach maxillo-mandibulären Resektionen bei gutartigen oder bösartigen Tumoren mit signifikanten Einschränkungen der Kaufunktion.

Patientinnen und Patienten nach chemo-radiotherapeutischen Behandlungen bei Neoplasien im Kopf- und Halsbereich mit Folgeerscheinungen (Zahnverlust, Parodontalläsionen, Knochennekrosen).

4. Seltene Krankheiten laut Dekret des Gesundheitsministeriums vom 18. Mai 2001, Nr. 279, die schwere funktionelle Einschränkungen des Kausystems verursachen.

3. riabilitazione funzionale dell'apparato stomatognatico in pazienti affetti da patologia neoplastica in ambito cervico-maxillo-facciale, quali pazienti che hanno subito una resezione delle basi ossee maxillo-facciali affetti da patologia tumorale maligna o benigna con grave compromissione funzionale della masticazione.

pazienti sottoposti a trattamenti chemioradioterapici per neoplasie in ambito cervico-maxillo-facciale con lesioni secondarie dentarie e parodontali, perdita di elementi dentari e necrosi ossee.

4. Malattie rare di cui al decreto del Ministero della Sanità 18 maggio 2001, n. 279, che comportano una grave compromissione funzionale dell'apparato stomatognatico.

.....
Bozen | W. A. Loew Cadonnaplatz 12 | Tel. 0471 439 122 | sprengel.bozen@sabes.it
Meran | Romstr. 3 | Tel. 0473 496 706 | sprengel.meran@sabes.it
Brixen | Domplatz 12/A | Tel. 0472 813 640 | sprengel.brixen@sabes.it
Bruneck | Paternsteig 3 | Tel. 0474 586 506 | sprengel.bruneck@sabes.it
<http://www.sabes.it>
Südtiroler Sanitätsbetrieb
St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

.....
Bolzano | P.zza W. A. Loew Cadonna, 12 | tel. 0471 439 122 | distretto.bolzano@sabes.it
Merano | Via Roma, 3 | tel. 0473 496 706 | distretto.merano@sabes.it
Bressanone | P.zza Duomo 12/A | tel. 0472 813 640 | distretto.bressanone@sabes.it
Brunico | Vicolo dei Frati, 3 | tel. 0474 586 506 | distretto.brunico@sabes.it
<http://www.asdaa.it>
Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Cod. fisc./P. IVA 00773750211