

## Residenza Sanitaria Psichiatrica "Sole"

01/01/2016 -31/12/2016

### Strutture sanitarie private accreditate

---

**Nome struttura accreditata** Residenza Sanitaria Psichiatrica "Sole"

---

**Oggetto del provvedimento** Committenza Degenza 2016

---

**Periodo di validità** 01/01/2016 -31/12/2016

---

**Accordo intercorso** [Residenza\\_Psichiatrica\\_Sole\\_.pdf](#)

---