

## Domus Nova

01/01/2023 - 31/12/2023

### Strutture sanitarie private accreditate

---

**Nome struttura accreditata** Domus Nova

---

**Oggetto del provvedimento** Accordo di fornitura anno 2023 - Degenza

---

**Periodo di validità** 01/01/2023 - 31/12/2023

---

**Accordo intercorso** [Trasmissione\\_piani\\_deg\\_non\\_alta\\_spec\\_2023\\_DN\\_signed.pdf](#)

---