

## Bianalisi

**01/01/2016-31/12/2016**

### Strutture sanitarie private accreditate

**Nome struttura accreditata** Bianalisi

**Oggetto del provvedimento** Committenza specialistica ambulatoriale anno 2016

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

**Accordo intercorso** [BIANALISI\\_-\\_NUOVA\\_ISTAM\\_.pdf](#)