

## Giavolucci Dr. Fabio

01/01/2016-31/12/2016

### Strutture sanitarie private accreditate

**Nome struttura accreditata** Giavolucci Dr. Fabio

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

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

**Accordo intercorso** [GIAVOLUCCI\\_.pdf](#)