

## Arcade

**01/01/2020 - 31/12/2020**

### Strutture sanitarie private accreditate

---

**Nome struttura accreditata** Arcade

---

**Oggetto del provvedimento** Piano di committenza anno 2020

---

**Periodo di validità** 01/01/2020 - 31/12/2020

---

**Accordo intercorso** [ALL.\\_A1\\_Piano\\_Committenza\\_2020\\_-\\_Arcade.pdf](#)

---