

DELEGA RITIRO REFERTI

Gentile paziente,

gli orari relativi al ritiro dei referti sono i seguenti:

LUN-VEN ORE 08.00-18.30

SAB ORE 08.00-12.30

Esclusi i festivi

(da compilare a cura dell'interessato)

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a prov. il

Residente in

Cap comune prov

In qualità di interessato

DELEGA

Il/La signor/ra

Documento n° tipo

Rilasciato da data scadenza

Al ritiro della documentazione a Suo nome,

relativa alla prestazione diagnostica eseguita in data

SI ALLEGA FOTOCOPIA DI ENTRAMBI I DOCUMENTI

Data

Firma