

DATI DEL PAZIENTE

Nome e Cognome _____

Nato a _____ il ___/___/___

Residente a _____ CAP _____

Via _____ n° _____ Tel. _____

Chiedo alla Direzione Sanitaria del Maria Eleonora Hospital il rilascio di:

copia fotostatica della cartella clinica n°/anno _____/_____
(prestazione a pagamento come da tariffario della C.d.C.)

film di emodinamica
(prestazione gratuita con ritiro in C.d.C.)

Relativo al ricovero nel reparto di _____

Dal ___/___/___ al ___/___/___

Documento di identità _____ N° _____

Rilasciato da _____ il ___/___/___

MODALITA' DI CONSEGNA

ritiro direttamente la copia personale;

delego al ritiro, sotto la mia responsabilità, il/la Sig./ra _____

Nato a _____ il ___/___/___ Documento di identità _____

N° _____ Rilasciato da _____ il ___/___/___

(si allega documento di identità in corso di validità);

la copia della cartella clinica sarà inviata per posta tramite raccomandata A.R. con la dicitura "RISERVATA PERSONALE" al seguente indirizzo (compilare se diverso da quello di residenza):

Nome e Cognome _____

Via _____ n° _____ CAP _____

Città _____ Tel. _____

MODALITA' DI PAGAMENTO

- Contanti al momento del ritiro in CdC;

- Bonifico bancario alle seguenti coordinate: BPER BANCA IT04X0538723800000002927491

Copia della distinta di pagamento dovrà essere inviata via mail in allegato alla presente richiesta.

N.B. Non si accettano modalità diverse da quella su riportata;

Il rilascio della documentazione richiesta avviene dietro pagamento, secondo tariffario approvato dalla Direzione.

Firma _____

Data ___/___/___

SPAZIO DEDICATO ALLA SEGRETERIA

fattura n. _____ del ____/____/____;

Ricevuta del bonifico bancario;

Documentazione consegnata il ____/____/____ alle ore __:__

Firma del paziente o del delegato

Firma della segreteria
