

**RICHIESTA COPIA
CARTELLA CLINICA, TAC, RMN, RX**

**R/G03-04
REV. 2
Pag. 1/1**

Il/la sottoscritto/a _____ tel. _____

Richiede copia della propria:

CARTELLA CLINICA
 TAC
 RMN
 RX

Per il ricovero dal _____ al _____

La cartella dovrà essere spedita al seguente indirizzo:

Il Richiedente

Montecatini Terme, _____

NB:

- la copia di cartella clinica ha un costo di Euro 30,00 (+ iva a norma di legge), per il quale verrà rilasciata regolare fattura;
- copia di referto radiologico su CD (RX, TAC, RMN) ha un costo di Euro 15,00 (+ iva a norma di legge), per il quale verrà rilasciata regolare fattura;
- Gli originali di RX verranno rilasciati, eccezionalmente e per comprovate necessità cliniche, con impegno di riconsegna che dovrà essere effettuata tassativamente entro 30 giorni.

RISERVATO ALL'UFFICIO

Cartella clinica n° _____ Anno _____

Ritirata personalmente con Fattura n° _____ in data _____

Spedita per mezzo raccomandata corriere con fattura n° _____ in data _____

Data spedizione: _____

Motivo Richiesta: _____

Operatore: _____

DELEGA

Il/la sottoscritto/a _____

Delega al ritiro della copia di: CARTELLA CLINICA TAC RMN RX

il Sig./la Sig.ra: _____

Luogo e data, _____ Firma leggibile: _____

Al momento del ritiro dovrà essere esibito un documento di identità di chi ritira e, in caso di delega, anche un documento di riconoscimento del delegante.