

GVM - SAN PIER DAMIANO HOSPITAL

Richiesta invio a domicilio referto esame istologico
Paziente ricoverato

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

Residente a _____ via _____ n° _____

CHIEDE

La spedizione a domicilio del referto dell'esame istologico eseguito presso San Pier Damiano Hospital al seguente indirizzo:

e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni rispetto ai recapiti su indicati.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di esonerare la suddetta Struttura da ogni responsabilità nel caso di smarrimento, ritardo, mancata ricezione, eventuali violazioni delle norme sulla tutela dei dati personali e/o altra circostanza, alla stessa non imputabile, causata dall'invio tramite posta del referto richiesto.

Faenza, _____

Firma

(Ad hoc PO03)