RICHIESTA COPIA O SPEDIZIONE REFERTI E/O IMMAGINI A DOMICILIO

Ricordati di allegare

Documento di Identità del Richiedente

Ricevuta Bonifico Bancario/Vaglia Postale

Il/ La sottoscritto/a Cognome e Nome

nato/a il Codice Fiscale

Tel. / Cell

CON LA PRESENTE RICHIEDO A MARIA CECILIA HOSPITAL LA SPEDIZIONE DI:

☑ Referti cartacei di esami di laboratorio, diagnostica per immagini e istologici

☐ Referto esami diagnostici su CD/DVD N. copie:

(Indicare a fianco alla voce selezionata il numero di copie)

L'esame è stato svolto in data

Spedizione

Autorizzo la spedizione del referto tramite corriere all'indirizzo indicato di seguito:

Nome e Cognome:

Indirizzo:

CAP: Città:

Provincia: Tel.:

Firma: Data: