

MODULO PER RICHIESTA E/O RITIRO DELLA CARTELLA CLINICA (PAZIENTE PRIVATO/ASSICURATO)

Io sottoscritto/a _____

nato/a _____

il _____ residente a _____

via _____ n. _____

documento d'identità n. _____

rilasciato da _____

il _____

Chiedo

copia Cartella Clinica ricovero dal _____ al _____

reparto di _____

MODALITÀ DI RITIRO

delego il Signor _____

ritiro di persona (copia cartacea) € 36,60

spedire al seguente indirizzo postale (copia cartacea) € 48,80

spedire al seguente indirizzo e-mail (formato PDF) € 30,50

Firma del richiedente

Firma del delegato

(Documento n°)

(Documento n°)

ALLEGARE FOTOCOPIA
ALLEGARE FOTOCOPIA

 SIGLA AUTORIZZAZIONE
 (Direzione Sanitaria)

DATA E FIRMA RITIRO

Il pagamento può essere effettuato tramite bonifico bancario: intestato a G.B. Mangioni Hospital Srl
Causale:

Richiesta cartella clinica NOME E COGNOME del paziente

Banca Valsabbina - **IBAN** è IT 14 D 05116 02400 000000005695.

Compilare e spedire il modulo all'Ufficio Ricoveri ricoveri-gbm@gvmnet.it insieme alla copia del documento d'identità