

□ INTESTATARIO CARTELLA CLINICA.

Nome e Cognome _____ Data/luogo di nascita _____
Residente a _____ Via e Civico _____
C.A.P. _____ Cell. _____ e-mail _____
Periodo di degenza _____ Reparto di degenza _____
 SSN Pagante/assicurato (*CC compresa nella tariffa concordata*)

ALLEGARE COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' **DATA** _____ **FIRMA** _____



INDIRIZZO DI SPEDIZIONE (Tramite corriere)

Nome e Cognome _____ Comune _____
CAP _____ Via e Civico _____ Cell. _____

□ RICHIESTA CONTO TERZI. (da compilare in caso di minore / deceduto).

Nome e Cognome _____ Data/luogo di nascita _____
Residente a _____ Via e Civico _____
C.A.P. _____ Cell. _____ e-mail _____

ALLEGARE COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' **DATA** _____ **FIRMA** _____

- Se la richiesta è fatta da un delegato allegare anche: delega compilata e copia del documento del delegato.
- Se la richiesta è per un minore, allegare anche: Atto di Notorietà attestante la potestà parentale.
- Se la richiesta riguarda una persona deceduta, allegare anche: Atto Notorietà attestante la qualità di erede.

Nel caso in cui il richiedente rivesta una diversa posizione, è necessario esporre con chiarezza i motivi della richiesta.

RICHIESTA E RELATIVI COSTI :

- Richiesta copia di singola cartella clinica: 35 €
 Richiesta singolo CD (*solo per chi ha effettuato esami radiologici*): 10 €
 Richiesta copia di singola cartella clinica + singolo CD (*solo per chi ha effettuato esami radiologici previa conferma da parte dell'ufficio cartelle cliniche*): 42 €

Le spese di spedizione sono comprese nei costi.

MODALITA' DI PAGAMENTO:

- Tramite contante o POS al momento della dimissione alla Reception
 Con Bonifico Bancario: **intestatario ICLAS Srl - CODICE IBAN: IT 80H0623002402000057350570
CODICE SWIFT- BIC: CRPPITP522 - CREDIT AGRICOLE: VIA MARCONI 16 BOLOGNA**
 Con Vaglia Postale: **ICLAS SRL VIA CABRUNA 21 16035 RAPALLO (GE)**

Causale : richiesta cartella clinica di: **indicare nome cognome dell'intestatario della cartella clinica.**

**La ricevuta di pagamento dovrà pervenire insieme alla richiesta di cartella e del documento tramite:
e-mail: cartellecliniche-icles@gvmnet.it**

Per informazioni: dal lunedì al venerdì dalle 12.00 alle 13.00 al n° 0185/213416

COMPILAZIONE A CURA DEL PERSONALE DI SEGRETERIA

Nosologico c.c _____ **N°. di fattura** _____ **spedita il** _____

Firma dell'incaricato dell'Ufficio _____