ICLAS Istituto Clinico Ligure di Alta Specialità Rapallo GVM CARE & RESEARCH	**RICHIESTA COPIA CONFORME DI CARTELLA CLINICA E DOCUMENTAZIONE SANITARIA.**	**R/O14-01 REV. 9 Pag. 1/1**

□ 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 S.R.L ISTITUTO CLINICO LIGURE DI ALTA SPECIALITA'
- 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-iclas@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 ___*_____**