

INTESTATARIO CARTELLA CLINICA.

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

ALLEGARE COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' DATA _____ FIRMA _____

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 _____

INDIRIZZO DI SPEDIZIONE (campo da compilare obbligatoriamente) - spedizione Tramite corriere

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

- 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): 7 €
 - Richiesta copia di singola cartella clinica + singolo CD (solo per chi ha effettuato esami radiologici): 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: **CREDIT AGRICOLE: VIA MARCONI 16 BOLOGNA**
CODICE IBAN: IT 80H0623002402000057350570 - CODICE SWIFT- BIC: CRPPITP522
- 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 _____