



**RICHIESTA COPIA CARTELLA
CLINICA DA DOMICILIO**

**R/007-04
REV. 5
Pag. 1/1**

INVIARE FAX: 0185/776249

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA da domicilio

Io sottoscritt__ ,

_____ nat_ a _____ il _____

e residente _____

telefono n. _____

richiedo copia cartella clinica relativa alla mia degenza dal _____ al _____.

Allego alla presente:

- fotocopia di un documento di identità valido
- copia ricevuta di avvenuto pagamento di € 48,80 (se spedita al mio indirizzo) o € 36,60 (se ritirata da me personalmente) tramite bonifico bancario intestato a :
"Servizi Sanitari S.r.l." Banca Carige s.p.a Filiale di Recco (Ge) –
IBAN IT47K0617532120000001598980

In caso di ritiro da persona diversa, si prega presentarsi con una delega e il documento del paziente a cui è riferita la cartella clinica.

Data _____

Firma _____

Da compilarsi a cura del personale amministrativo

Cartella clinica n

Data e firma (ritiro) _____