



RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA DA DOMICILIO

R/007-04
REV. 2
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 a mezzo vaglia postale intestato "Istituto Cardiovascolare Camogli" da spedire all'ufficio postale di Ruta di Camogli (GE), di € 48,00 (se spedita al mio indirizzo) o € 36,00 (se ritirata da me personalmente).

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) _____