



ISTITUTO DI CURA
CITTÀ DI PAVIA

SERVIZIO DI RADIOLOGIA E DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Responsabile: Dr. Francesco Martinelli

CONSEGNA IN VISIONE DOCUMENTAZIONE RADIOLOGICA

Si consegna **in visione** l'esame radiologico _____
del Sig./della Sig.ra _____
effettuato in data _____
durante il ricovero presso l'Unità Operativa di _____
con l'impegno di restituirlo entro **30 gg** previo pagamento di **cauzione di € 50,00** (Euro cinquanta) che verrà restituita alla riconsegna dell'esame radiologico.

In fede

Sig. _____

Indirizzo _____

Tel. _____

Data di riconsegna _____



ISTITUTO DI CURA CITTÀ PAVIA - Via Parco Vecchio, 27 - 27100 PAVIA - Tel. 0382.433611 - Fax. 0382.576821

Di Istituti Clinici Di Pavia e Vigevano S.p.A. - Via Parco Vecchio, 27 - 27100 Pavia

www.grupposandonato.it - info.iccp@grupposandonato.it - Cod. Fisc. e P. IVA 00182770180 - Reg. Imp. Pavia N. 00182770180 - CAP. SOC. € 7.206.300 I.V.

Consegna in visione Documentazione Radiologica - Rev. 3 - 2014