



ISTITUTO DI CURA  
CITTÀ DI PAVIA

## RICHIESTA COPIA ESAME RADIOGRAFICO

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Copia dell'esame su CD  € 6.00 cad.+IVA

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Riservato all'Accettazione Amministrativa

Fattura n° \_\_\_\_\_

Di € \_\_\_\_\_ (+ IVA 22%) \_\_\_\_\_

Tot. € \_\_\_\_\_

Firma Operatore  
\_\_\_\_\_

**N.B.** La copia dell'esame dovrà essere ritirata da 5° al 10° giorno lavorativo successivo alla data di richiesta. Oltre tale termine verrà addebitato per intero il relativo costo.