

RICHIESTA COPIA ESAMI STRUMENTALI SU CD

Si richiede la copia dell'esame strumentale eseguito al sig./sig.ra

nato/a a: _____ il _____

recapito telefonico: Abitazione _____ Cell. _____

ricoverato/a presso U.O. _____

dal _____ al _____

giunto al Pronto Soccorso in data _____

Costo degli esami:

Copia su CD di RMN _____	<input type="checkbox"/>	€ 20,00	CDRMN
Copia su CD di TAC _____	<input type="checkbox"/>	€ 20,00	CDTAC
Copia su CD di Medicina Nucleare _____	<input type="checkbox"/>	€ 20,00	CDMNUC
Copia su CD di Angiografia _____	<input type="checkbox"/>	€ 20,00	CDANG
Copia su CD di RX _____	<input type="checkbox"/>	€ 20,00	CDRX

Richiesta di spedizione a domicilio _____ € 9,00

Data _____ Firma del Richiedente _____

Firma dell'Operatore _____

AVVISO:

Le copie degli esami saranno consegnati **SOLO ED ESCLUSIVAMENTE** all'interessato. Si potrà consegnare ad altra persona solo dietro presentazione di **delega scritta e documento d'identità dell'interessato e del delegato**. Nel caso in cui l'interessato sia minore o sia deceduto, la persona che intende ritirare la copia dovrà compilare la dichiarazione sostitutiva di certificazione.

Rif. Amministrativo: N. Ricevuta _____ € _____

Data _____ Firma dell'Operatore _____