Etichetta identificativa del paziente
(se presente)

Istituto Clinico San Siro
Gruppo San Donato

RICHIESTA COPIE IMMAGINI RADIOLOGICHE

Il sottoscritto/a (Cognome) _____ (Nome) _____

Nato/a il _____ a _____

Indirizzo_____Tel_____Cell_____

Ricoverato c/o il reparto _____ dal_____al_____

In qualità di:

☐ Intestatario della documentazione clinica richiesta

☐ Legale rappresentante o erede di _____
(allegare eventuale documentazione aggiuntiva (es. deleghe, procure, ecc..)

CHIEDE

I duplicati delle indagini diagnostiche sotto indicate:

☐ Radiografia CD € 13,00 cad. (iva inclusa)

(*Indicare la sede:* _____)

☐ RMN CD € 30,50 cad. (iva inclusa)

L'emissione della fattura verrà effettuata al ritiro dell'esame.

Data _____ Firma del richiedente_____