

RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE SANITARIA ED ESAMI STRUMENTALI

Si richiede la copia della documentazione del
sig./sig.ra.....

Nato/a:il.....
Recapito telefonico.....cell.....
Mail.....

Ricoverato/a presso
U.O.....dal.....al.....

Giunto al pronto soccorso in
data.....

TIPOLOGIA DOCUMENTAZIONE/ESAMI	PREZZO*	NUMERO COPIE	X
Copia su CD di RMN, TAC, Medicina Nucleare, Angiografia, Coronarografia, Ecocardio Transesofageo	€ 10,00		
Copia cartella clinica degenza, day hospital, verbale di PS, MAC e/o BOCA, <i>lettera dimissione</i> . COPIA FORMATO ELETTRONICO	€ 10,00		
Copia cartella clinica degenza, day hospital, verbale di PS, MAC e/o BOCA, <i>lettera dimissione</i> . COPIA FORMATO CARTACEO	€ 26,00		

*IVA INCLUSA

Modalità di ritiro/invio

Richiesta spedizione a domicilio	€ 9,00	
----------------------------------	--------	--

Se richiede la spedizione a domicilio, la preghiamo di compilare anche il modulo “richiesta di spedizione”

Data _____ Firma del richiedente _____

Firma dell'operatore _____

Rif. Amministrativo N.ricevuta _____ € _____

Data _____ Firma dell'Operatore _____

Allegare il presente modulo ed inviarlo a consegnadocumentazione sanitaria@hsr.it, con la copia del pagamento e della carta d'identità del paziente.

MODULO COORDINATE BANCARIE

UNICREDIT S.P.A

Filiale Corporate Operations & Customer Care Italy
Largo Francesco Anzani, 13 – 00153 ROMA – ITALIA

➤ COORDINATE BANCARIE EUROPEE
IBAN: IT33 J 02008 05364 000101973905

➤ COORDINATE BANCARIE INTERNAZIONALI
BIC CODE: UNCRITMMORR

**PER BONIFICO È OBBLIGATORIA LA CAUSALE: COGNOME PAZIENTE + NOME
PAZIENTE + DATA NASCITA DEL PAZIENTE INTERESSATO**